

Vitor Lima da Silva

**UM ESTUDO ARQUEOLÓGICO SOBRE A IV CONFERÊNCIA
DE SAÚDE MENTAL E O CONTEXTO DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia do
Centro de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal de
Santa Catarina para a obtenção do
Grau de Mestre em Psicologia.
Orientador: Prof. Dr. Kleber Prado
Filho.

Florianópolis
2012

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

S586e Silva, Vitor Lima da

Um estudo arqueológico sobre a IV Conferência de Saúde Mental e o contexto da reforma psiquiátrica brasileira [dissertação] / Vitor Lima da Silva ; orientador, Kléber Prado Filho. - Florianópolis, SC, 2012.

1 v.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Foucault, Michel, 1926-1984. 2. Psicologia. 3. Saúde mental. 4. Psiquiatria. I. Prado Filho, Kléber. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

Vitor Lima da Silva

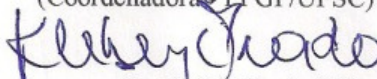
*Um estudo arqueológico da IV^a Conferência Nacional de Saúde
Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira*

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 15 de fevereiro de 2012.



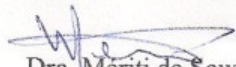
Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(Coordenadora PPGP/UFSC)



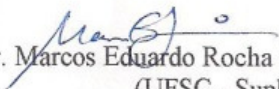
Dr. Kléber Prado Filho
(PPGP - UFSC - Orientador)



Dra. Flávia Cristina Lemos
(UFPA - Examinadora)



Dra. Mériti de Souza
(PPGP - UFSC - Examinadora)



Dr. Marcos Eduardo Rocha Lima
(UFSC - Suplente)

Este trabalho é dedicado a todos (as) que
se indignam com a opressão.

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Silvio (pai) e Dona Lúcia (mãe), pelos exemplos de dignidade humana, apoio permanente e Amor incondicional.

Aos irmãos Eduardo e Daniel, pelas parcerias de sempre, e pela certeza de estarmos no mesmo “barco” nesta caminhada de aprendizado constante.

Ao professor/orientador e amigo Kleber Prado, pela sua disponibilidade e acompanhamento nesta jornada de dedicação e superação para concretização deste trabalho, pelo seu acolhimento e tranquilidade para fazer dos momentos de orientação uma agradável celebração à vida.

Aos professores do Programa de Pós Graduação de Psicologia da UFSC, em especial a Mériti de Souza e Marcos Eduardo Rocha Lima, pelas valiosas sugestões na banca de qualificação e aprendizados proporcionados pela convivência do dia a dia.

Aos amigos e amigas, em especial a Luiz Henrique e Ricardo Viana, pelo acompanhamento na jornada dos estudos desde épocas remotas, e pelas demonstrações práticas de parceria para vida.

Aos colegas de Pós-Graduação da UFSC, camaradas da Capoeira, companheiros e companheiras do Movimento da Luta Antimanicomial e todos (as) que ajudaram e/ou participaram de alguma maneira dos passos dados nesta caminhada.

À Irma Manuela Paso e toda equipe do Instituto Arco-Íris, pela confiança depositada, pelo acolhimento e pela união em pró dos objetivos maiores, na certeza de que os trabalhos e desafios continuam...

“*O ilógico necessário.* – Entre as coisas que podem levar um pensamento ao desespero está o conhecimento de que o ilógico é necessário para o homem e de que do ilógico nasce muito de bom. Ele está firmemente implantado nas paixões, na linguagem, na religião e em geral em tudo aquilo que empresta valor à vida, que não se pode extraí-lo sem com isso danificar irremediavelmente essas belas coisas. São somente os homens demasiado ingênuos que podem acreditar que a natureza do homem possa ser transformada em uma natureza puramente lógica; mas se houver graus de aproximação desse alvo, o que não haveria de se perder nesse caminho! Mesmo o homem mais racional precisa outra vez, de tempo em tempo, da natureza, isto é, de sua postura fundamental ilógica diante de todas as coisas.”
(NIETZSCHE, 1878, §. 31).

RESUMO

Este trabalho de pesquisa refere-se a uma investigação histórica sobre o processo de realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial (CNSM-I), realizada no ano de 2010 e ao contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. O referencial teórico que guiou as estratégias e caminhos percorridos remete às contribuições de Michel Foucault, a partir de uma perspectiva histórica utilizada como método para pensar problemáticas da atualidade. Neste caso, o enfoque é dado à questão da Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como referência a Lei Paulo Delgado (10216/2001) e as Conferências Nacionais de Saúde Mental. O estudo das conferências possibilitou conhecer os marcos conceituais e enunciados que operavam no contexto de realização de cada conferência, desde o processo de abertura política do país e do descontentamento com o modelo manicomial, que norteou a I CNSM (1987), até a referência do conceito de cidadania, que operou na II CNSM (1992) e a concepção do Modo de Atenção Psicossocial, que já se baseava em alguns exemplos práticos de serviços extra-hospitalares que inspiraram as discussões e propostas na III CNSM (2001). Ademais, o pesquisador participou das três etapas da IV CNSM-I (2010), o que favoreceu o acompanhamento do funcionamento desses eventos e dos embates característicos desses espaços, além de poder aprofundar as análises sobre os relatórios finais de cada etapa e dos variados documentos e materialidades referentes ao processo da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial em curso no país. Apesar da Reforma estar bastante avançada no que diz respeito às Leis e Diretrizes destinadas a acabar com os manicômios e suas práticas características, este estudo buscou problematizar os discursos e práticas contemporâneas no campo da saúde mental brasileira, apresentando-se como um universo complexo, atravessado por embates e conflitos de interesses que se perpetuam nos serviços substitutivos. Isto porque os estigmas e preconceitos que identificam os usuários como “doentes mentais” continuam operando na sociedade através da naturalização da racionalidade médica psiquiátrica, que tende a patologizar e classificar os comportamentos desviantes das normas da razão e encontra nas tecnologias medicamentosas e disciplinares meios de perpetuar o saber-poder psiquiátrico nos diferentes contextos da reforma psiquiátrica e dos serviços substitutivos.

Palavras-chave: Conferência de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.
Michel Foucault.

ABSTRACT

This research refers to a historical investigation of the process of conducting the Fourth National Conference on Mental Health - Inter (CNSM-I) held in 2010, and the context of the Brazilian Psychiatric Reform. The theoretical framework that guided strategies and paths covered refers to the contributions of Michel Foucault, from a historical perspective as a method used to think the problem today. In this case, the focus is given to the issue of psychiatric reform in Brazil, having as reference the Law Paul Delgado (10216/2001) and the National Conference of Mental Health. The study of the conferences allowed the knowledge of the conceptual framework and set out in the context of operating performance of each conference, since the process of opening the country's political and discontent with the asylum model that guided the CNSM I (1987), reference to the concept of citizenship that operated in CNSM II (1992), and the design of Psychosocial mode that was already based on some practical examples of extra-hospital services that have inspired the discussions and proposals in CNSM III (2001). Furthermore the researcher participated in the three stages of CNSM IV-I (2010), which facilitated the monitoring of the functioning of these events and the battles characteristic of these spaces, and can deepen the analysis on the final reports of each stage and various documents and material relating to the process of psychiatric reform underway in the country-Asylum. Although well advanced with regard to laws and guidelines designed to end the insane asylums and practice characteristics, this study sought to problematize the discourses and practices in contemporary mental health field, so that it presents itself as a complex universe traversed by conflicts and clashes of interests that perpetuate the substitute services. This is because the stigmas and prejudices that aim to users as "mentally ill" are operating in society through the naturalization of psychiatric medical rationality, which tends to pathologize and classify deviant behavior of the norms of reason, and finds the disciplinary technologies and means of drug perpetuate psychiatric power-knowledge in different areas of psychiatric reform and substitutive services.

Keywords: Mental Health Conference. Psychiatric Reform. Michel Foucault.

SUMÁRIO

1 PROBLEMATIZAÇÃO	17
1.2 MÉTODO	37
2 PROBLEMATIZAÇÃO DA LOUCURA COM BASE EM MICHEL FOUCAULT.....	45
3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA: DE UMA REALIDADE MANICOMIAL ACERCA DA LOUCURA A UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	61
4 IV CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL - INTERSETORIAL	83
4.1 ETAPA MUNICIPAL - IV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL	85
4.1.1 Relatório final da etapa municipal – Florianópolis	88
4.2 ETAPA ESTADUAL – IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL	92
4.2.1 Relatório final da etapa estadual - SC	96
5 IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL.....	99
5.1 RELATÓRIO FINAL DA ETAPA NACIONAL	103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	137

1 PROBLEMATIZAÇÃO

Esta pesquisa de dissertação foi motivada por inquietações referentes ao tema da loucura e aos meios que a sociedade moderna criou e tem aperfeiçoado como mecanismos para lidar com tal acontecimento em nossos dias. A partir de experiências num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II), através de oficinas culturais e artísticas, pude conviver um pouco com o cotidiano da instituição, o que despertou muitas questões e dúvidas sobre o processo de “reforma psiquiátrica” supostamente em curso no Brasil. Minha atuação dentro da instituição se deu através de oficinas, participação em reuniões da equipe multiprofissional, atividades externas com usuários e técnicos, assim como participação em assembleias dos usuários. Além das atividades diretamente ligadas à instituição CAPS, tive a oportunidade de ampliar as trocas com outros profissionais e usuários em congressos, nas três etapas da IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial e em encontros do Movimento da Luta Antimanicomial, que possibilitaram intercâmbios entre diferentes perspectivas e de variadas localidades do país.

As experiências e estudos em curso possibilitaram identificar jogos de verdade e de poder no campo da saúde mental, levando ao questionamento da legitimidade das mudanças nas relações de saber-poder psiquiátrico, bem como da operacionalização e lógica de funcionamento dos serviços substitutivos. Nesse complexo universo denominado campo da saúde mental há uma grande diversidade de concepções e paradigmas operando, mas a visão hegemônica da psiquiatria tradicional parece encontrar amplo reconhecimento e suporte em nossa sociedade contemporânea, que segue uma tendência crescente de medicalização e normalização dos sujeitos e da própria vida. Essa visão diminui a importância e o espaço de atuação da equipe multiprofissional, além de dificultar uma abordagem interdisciplinar, que considera o sujeito em suas múltiplas dimensões, e não apenas os seus sintomas orgânicos.

As análises dos documentos e dos discursos demandam cuidado com as terminologias utilizadas, pois estas carregam viés político ligado ao contexto em que são criadas e à lógica em que operam. Desta maneira, ressalta-se que o sentido do termo saúde mental utilizado neste trabalho não se restringe a uma subárea da saúde, como seria no caso de uma leitura técnica e despolitizada destas duas palavras, o que reproduziria a lógica binária da contrapartida à concepção de doença ou psicopatologia mental. O emprego dos termos remete a um campo

político, considerando-se os atravessamentos das diferentes áreas que o compõem, para além de uma perspectiva de saúde enquanto ausência de enfermidades.

Este trabalho prioriza, portanto, uma concepção de saúde ampliada, em que se consideram as condições materiais e culturais como determinantes para a qualidade de vida do sujeito, e que cria condições políticas para a participação e a responsabilização pelas escolhas na vida e nos cuidados demandados pelo usuário do serviço público de saúde. O termo doente mental ou paciente remete a condições de incapacidade e passividade e, por isso, tem sido criticado principalmente pelos próprios sujeitos que “adquirem” o diagnóstico psiquiátrico, pois eles se identificam como usuários. O sentido político do termo usuário (do serviço público de saúde mental) remete aos direitos de cidadania, já que o serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios a universalidade. O estigma da loucura no contexto da modernidade remete à construção histórica da doença mental que desconsidera o discurso do sujeito “enlouquecido” e o coloca sob tutela unilateral do saber médico-psiquiátrico, sem reconhecer as dimensões sociais e culturais do sofrimento.

O acompanhamento de algumas atividades institucionais indicava um campo de análise complexo e em constante mutação. Os diferentes segmentos envolvidos defendem seus próprios interesses e tentam reagrupar-se e unir forças diante das novas conjunturas propostas pelas políticas públicas da Reforma Psiquiátrica. Os discursos estão em constante atualização diante desta dinâmica. O que acompanhamos ao longo dos últimos anos é a ampliação da discussão a outros segmentos da sociedade e a construção de políticas públicas no campo da Saúde Mental, bem como a reconfiguração dos saberes e práticas psiquiátricas, tão modernizadas com o advento das tecnologias medicamentosas (década de 50¹) e disciplinares da sociedade atual.

Há indícios de que o poder psiquiátrico vem se adaptando e continua operando nas novas estruturas sob os “velhos preceitos” estritamente biologicistas, que lhe garantem todo saber-poder e que implicam uma série de relações de forças que se perpetuam no dia a dia dos serviços e nas relações médico-paciente, já denunciadas por

¹ A revolução psicofarmacológica moderna pode ser considerada a partir da publicação de um artigo sobre a clorpromazina (Amplictil®) por Delay, Deniker e Harl no ano de 1952. No decorrer da década de 50 outros estudos possibilitaram a criação de outras drogas que são conhecidas e bastante utilizadas nos dias de hoje, tais como a “síntese do haloperidol (Haldol®) por Paul Janssen em 1958 e a síntese do diazepam (Valium®) por Sternbach em 1959.” (PSICOFARMACOLOGIA, 2011).

Foucault. Por outro lado, iniciativas têm surgido na tentativa de colocar em prática novas possibilidades de relação e meios de lidar com o “louco e as loucuras sociais de nosso tempo”, respeitando os pressupostos do Modo de Atenção Psicossocial.

A perspectiva do Modo de Atenção Psicossocial opera em consonância aos princípios da Lei Orgânica 8.080 de 1990, base do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabelece uma nova ordem de forças no campo da saúde mental, instaurando uma lógica que deve funcionar para além dos muros institucionais, de maneira que se considere a dinâmica social do território e as particularidades culturais e sociais dos sujeitos implicados nos serviços. Vale resgatar um trecho da lei 8.080 e revisar seus princípios fundamentais que constituem o contexto epistemológico no qual os pressupostos do Modo de Atenção Psicossocial devem operar:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- (BRASIL, 1990a).

No mesmo ano de aprovação da Lei 8.080, foi sancionada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Esta lei instituiu as duas principais ferramentas de controle social e participação popular do sistema público de saúde do país, a fim de colocar em prática e garantir os princípios da Lei 8.080 na operacionalização dos serviços do Sistema Único de Saúde da Federação. Desta maneira, estabelece que:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990b).

As Leis apresentadas confrontaram amplamente a realidade manicomial e seus fundamentos teóricos e práticos preponderantes nos

serviços públicos de saúde mental no início da década de 90, período em que foram sancionadas. Desta maneira, colocam as instituições psiquiátricas totalitárias fora do contexto das políticas públicas para área da saúde, e abrem espaço para novos enunciados e instituições operarem no campo. Obviamente, as realidades não mudaram automaticamente a partir da aprovação das leis, mas estas inauguraram instrumentos legais para a participação dos movimentos sociais e populares na construção de um sistema público de saúde idealizado para alcançar toda a população, baseado na ideia de cidadania e participação comunitária. Além disto, as práticas e vícios centralizadores do sistema ditatorial, ainda tão presentes em nossa cultura, são um grande desafio a ser transformado na dinâmica da sociedade, em especial, nas questões referentes aos serviços de saúde mental, que até pouco tempo eram exclusivamente manicomiais. Diante deste cenário controverso, observamos a emergência de um novo paradigma em saúde mental: o Modo de Atenção Psicossocial, que deveria substituir o “velho” paradigma manicomial. Esta mudança paradigmática decorre da ampliação da concepção de saúde instituída pelo SUS, a qual inclui aspectos sociais, materiais e culturais, para além dos sintomas classificados como patológicos pela psiquiatria.

A legislação brasileira referente à saúde mental tem como marco a Lei Paulo Delgado, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Lei 10216/2001). Em abril de 2001 foi aprovada a lei federal de saúde mental nº 10.216, que regulamenta o processo de reforma psiquiátrica no país. Esta lei é conhecida como Lei Paulo Delgado, pois se refere ao deputado federal que a propôs, e indica a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no território nacional. Ela representa o início das lutas do movimento pela reforma psiquiátrica nos campos legislativos e normativos no país.

A estrutura proposta oficialmente pelo Ministério da Saúde para o sistema de atendimento em saúde mental é baseada numa concepção de rede, devendo ser constituída por vários dispositivos assistenciais, de acordo com critérios populacionais e demandas de cada município, devendo ainda funcionar sob os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica antimanicomial. A rede pública de atenção e cuidados pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – Portaria nº336/2002 –, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, leitos de emergência em hospitais gerais, ambulatórios, bem como o Programa de

Volta para Casa (Portaria nº 2077/2003). A rede de serviços e os programas devem operar de forma articulada, e os CAPS possuem um papel central de articulação, devendo funcionar em vista a ampliar os contatos e as possibilidades de interações sociais daqueles que o frequentam, além de viabilizar acesso aos técnicos da saúde e de outras áreas.

A primeira experiência de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil data de 1987, na cidade de São Paulo, e representou um passo importante na construção de novas propostas para o serviço público em saúde mental. Os CAPS, como ficaram corriqueiramente conhecidos os Centros de Atenção Psicossocial, aparecem como a espinha dorsal da proposta de formação de redes de apoio técnico e social para uma paulatina extinção dos manicômios.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (MANUAL_CAPS, 2011, p.9)

Os CAPS podem ser classificados em I, II, III, álcool e drogas (CAPSad), CAPS III-AD e infanto-juvenil (CAPSi). Estas classificações seguem parâmetros populacionais para sua implementação e devem respeitar as necessidades e características de cada localidade.

Esta distribuição é proposta pelo Ministério da Saúde da seguinte forma:

- Municípios até 20.000 habitantes – rede básica com ações de saúde mental.
- Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes – CAPS I e rede básica com ações de saúde mental.
- Municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes – CAPS II, CAPSad e rede básica com ações de saúde mental.
- Municípios com mais de 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi

e rede básica de saúde mental e capacitação do SAMU para atendimento de casos de emergência e crise psiquiátrica.

(MS/Brasil, 2005, cartilha de política nacional de saúde mental, orientações aos gestores).

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.

(BRASIL, 2002).

Além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), outras iniciativas acompanharam o processo de busca de alternativas aos manicômios. As primeiras experiências de Residências Terapêuticas no país datam do início da década de 90. No início, conhecidas por diferentes denominações como pensões protegidas, lares abrigados, vilas terapêuticas, moradias extra-hospitalares ou núcleos de convívio, estas casas e espaços de moradia passaram a ser chamados de “Serviços Residenciais Terapêuticos” (SRT), que tinham por finalidade criar uma alternativa de moradia ao hospital psiquiátrico e viabilizar condições favoráveis à desinstitucionalização e inserção social do usuário egresso de longo período de internação em instituições psiquiátricas, possibilitando assim, reduzir o número de leitos em hospitais psiquiátricos, como indica a Lei 10216/2001. Em 11 de fevereiro de 2.000, foram instituídas oficialmente as Residências Terapêuticas, através da Portaria/GM nº 106/2001, que contextualiza os seus objetivos no processo de humanização e descentralização dos serviços em saúde mental, oficializando no Serviço Único de Saúde (SUS) a sua estrutura básica de funcionamento e modo de operar, bem como os meios de financiamento.

A Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004, instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Serviço Único de Saúde (SUS). Este Programa estabelece que:

[...] os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados pelo SUS deverão reduzir progressivamente seus leitos contratados/conveniados, de acordo com limites máximos e mínimos que atendam às necessidades de garantia da adequada assistência aos usuários do SUS. (BRASIL, 2004).

A Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003 dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. Esta lei levou

à criação do Programa “De volta para casa”, idealizado pelo Ministério da Saúde com a proposta de ajudar na reintegração social de pessoas com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos. Este programa atende ao disposto pela Lei 10.216/2001, que no art. 5º determina que “os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.” (Lei 10216/2001). Em conjunto com o Programa de redução de leitos hospitalares de longa permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa “De volta para casa” forma o tripé básico no projeto do Ministério da Saúde de desinstitucionalização e resgate da cidadania dos usuários submetidos à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros.

Leis e portarias foram criadas para estimular investimentos na criação, capacitação e manutenção de serviços alternativos aos viciados serviços exclusivamente asilares dos hospitais manicomiais. Não só a estrutura deveria ser radicalmente transformada, no sentido da descentralização do hospital psiquiátrico, bem como do saber e das práticas médico-centradas. As políticas traçadas indicam que o tratamento deve ser feito em articulação com a comunidade e as características do território, e o conhecimento médico psiquiátrico deve ser mais um no círculo de saberes da equipe multiprofissional, que deve atuar de maneira interdisciplinar. Os investimentos devem ter em vista a construção de uma rede de serviços integrados, que opere de maneira completamente diferente da estrutura e do funcionamento manicomial, uma vez que se refere ao usuário como cidadão de direito, que deve ter sua singularidade respeitada na formulação do seu Plano Terapêutico Individual (PTI), ao invés de um tratamento massificado e cronificante característico do modelo psiquiátrico manicomial.

Porém, temos observado que a problemática da loucura remete a múltiplos embates que se perpetuam em nossos dias e constituem o foco desta pesquisa, que pretende investigar as diferentes tendências e características referentes ao contexto da reforma psiquiátrica antimanicomial no período dos dez anos de vigência da Lei Paulo Delgado no Brasil. Diversas concepções de homem e de mundo se encontram e se enfrentam nos serviços de cuidados e na dinâmica das equipes multiprofissionais, que têm na interação entre os diferentes saberes uma condição importante para melhorar a qualidade dos serviços prestados segundo os pressupostos do Modo de Atenção Psicossocial, já que um dos seus pilares é a horizontalidade nas relações interprofissionais, com os usuários e com a própria comunidade. Desta

maneira, o levantamento de dados sobre o tema a partir das pesquisas e experiências no campo possibilitou desenvolver algumas análises sobre os discursos e práticas que vêm se adaptando e se acomodando nos “novos” serviços substitutivos em saúde mental.

[...] em que pese a importância dos acontecimentos e inovações surgidas nessa trajetória, muitos novos problemas se apresentaram desde então. Um deles refere-se aos serviços que, embora tenham apontado para uma nova tendência no que diz respeito ao modelo assistencial, chamou a atenção para o aspecto da qualidade dos mesmos. Em outras palavras, percebeu-se que o fato de ser um serviço externo não garante sua natureza não manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional, a exemplo do que ocorreu com os ambulatórios quando estes eram vistos como alternativa ao manicômio. Em suma, deve-se atentar para o caráter de ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional. (AMARANTE, 1998, p. 84-85).

Não se pode negar que no começo do século XXI a Lei Paulo Delgado (10.216/2001) representou um importante acontecimento para a Luta Antimanicomial e para Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas as tensões não deixaram de existir pela sua aprovação. Do ponto de vista institucional e legal, a Reforma Psiquiátrica estaria encaminhada. Os hospitais deveriam ser responsavelmente extintos, a loucura seria despatologizada, o louco deixaria de ser um doente mental para ser um cidadão de direito, o estigma social estaria superado e passaria a funcionar toda uma rede de serviços substitutivos voltados à promoção de qualidade de vida e, portanto, de Saúde Mental, com diferentes inserções e participações na sociedade no lugar dos hospitais psiquiátricos. A lei pretendeu representar uma ruptura do modelo manicomial e posicionar-se diante do embate entre modelos diferentes. Conceitos como cidadania, atenção psicossocial e intersetorialidade entraram em cena numa perspectiva humanizada de serviços alternativos aos manicômios.

Ao longo dos dez anos que se passaram desde a aprovação da Lei Paulo Delgado, a pressão social foi aumentando e o direcionamento dos investimentos foi sendo forçado a mudar de foco, do modelo hospitalocêntrico para dispositivos de atenção psicossocial. Mas os

embates entre os diferentes interesses e suas respectivas percepções de mundo vêm se adaptando às novas configurações e continuam acontecendo nos diferentes níveis e contextos da sociedade atual. O Projeto de Lei do Ato Médico (PL7. 703/06), que está em tramitação no Senado Federal, demonstra o quão vulnerável ainda é a concepção e prática interdisciplinar nas equipes multiprofissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Aponta para a distância da viabilização prática da proposta do Estado de oferecer serviços de saúde com uma atenção efetivamente integral ao cidadão, além de deixar clara a força política institucional e corporativa da classe médica, pois a proposta de Lei centraliza no médico o poder de decisão soberana e exclusiva sobre os sujeitos em atendimento nos serviços de saúde.

Em junho de 2010, pouco antes da realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (IV CNSM-I), o Ministério da Saúde lançou uma edição especial da revista “Saúde Mental em Dados (VII)”, na qual apresentou números e comentários sobre os serviços substitutivos do período entre a III CNSM (12/2001) e a IV CNSM-I (06-2010).

Como nas outras edições, as três seções usuais de dados estão presentes: Rede de Atenção Psicossocial, Assistência psiquiátrica hospitalar e Outros dados. Nestas seções, estão disponíveis sobretudo séries históricas nacionais sobre os CAPS, as Residências Terapêuticas, o Programa de Volta para Casa, os Hospitais Psiquiátricos, gastos do Programa de Saúde Mental e outros. As fontes dos dados são a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (MS) e o DATASUS. (BRASIL, 2010c).

O documento afirma que, desde 2006, os investimentos federais com ações extra-hospitalares são maiores do que os gastos hospitalares, indicando que no ano de 2009 67,7% dos recursos federais para saúde mental foram gastos com ações comunitárias. No ano de 2000, existiam 208 CAPS registrados em todo o país, já no ano de 2010, constavam 1.541 CAPS em todo o território nacional (BRASIL, 2010c). A edição (VII) especial traz ainda gráficos comparativos e numéricos, fazendo uma breve análise dos avanços e dificuldades para a implementação dos dispositivos que se propõem alternativos, ou substitutivos, ao modelo manicomial. Em seguida é apresentada uma tabela numérica que demonstra a distribuição de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por estados e regiões do país, mostrando o crescimento no número

dessas estruturas nas diferentes regiões entre os anos de 2002 e 2009. Apresenta ainda uma tabela de crescimento percentual de cada tipo de CAPS, ao longo do mesmo período, ou seja, especifica os números de CAPS I, II, III, i e CAPS ad. Numa outra tabela, especifica o número de CAPS por faixa populacional (Brasil, 2002-2009), e demonstra uma tendência à interiorização dessas estruturas, apontando o crescimento de 30% deste tipo de instrumento nos municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes.

Em relação ao Programa “De volta para casa”, a revista apresenta um gráfico, demonstrando que apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar recebe o benefício, e afirma que:

Muitos obstáculos ainda precisam ser enfrentados pelo processo de desinstitucionalização: problemas de documentação dos pacientes, crescimento em ritmo insuficiente das residências terapêuticas, dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos e ações judiciais. (BRASIL, 2010c).

A edição especial (VII) cita o Plano Emergencial de Ampliação do Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), que foi lançado em junho de 2009, “com o objetivo de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de drogas” (BRASIL, 2010c). A partir deste Plano, foram implantados Consultórios de Rua, a fim de promover cuidados básicos de saúde através de ações territoriais e articuladas com os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) e buscando efetivar parcerias com outros setores como Assistência Social, Justiça, Cultura, Esporte e outros, baseado numa perspectiva de Redução de Danos, para além da implantação de novos CAPS. Este plano foi uma tentativa de resposta do governo para a situação de crescimento do número de usuários de crack e os “danos sociais” que ele tem produzidos nas diversas regiões do país, reativando, inclusive, modelos terapêuticos de internamento psiquiátrico involuntário, em hospitais e “Comunidades Terapêuticas”.

Apesar das propostas e encaminhamentos feitos no sentido de acabar com os manicômios no país, constatamos a complexidade da questão, uma vez que já foram realizadas quatro conferências nacionais de saúde mental nos últimos 24 anos, todas exigindo o fim de tais

instituições, porém ainda existem muitos destes “espaços sombrios” em todo o país. Talvez não tão sombrios como há alguns anos, mas a sua modernização física e operacional, com o advento dos psicofármacos, não deixou de perpetuar a lógica manicomial, reproduzindo uma visão de mundo em que a psiquiatria organicista é univalente na relação com o usuário, e inclusive com os demais técnicos e profissionais. Embora tenham havido alguns “retoques estruturais” nessas instituições, ainda persistem muitas denúncias de maus tratos, de insalubridade, mortes precoces e outros tipos de violência, que apontam para a negligência em alguns hospitais psiquiátricos em diferentes regiões do país (CFP, 2011). Neste sentido, o Conselho Federal de Psicologia (2011) entregou, no dia 26 de setembro de 2011, à representante do Brasil no Subcomitê para Prevenção da Tortura da ONU, documento contendo denúncias de maus tratos à pacientes internados em clínicas e hospitais psiquiátricos. As denúncias foram recebidas via Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos da Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA, 2011), com apoio do CFP, e pelos movimentos de usuários e familiares de serviços de saúde mental.

Aliada à dificuldade de se acabar efetivamente com os manicômios, existe uma problemática que vem sendo levantada, referente ao funcionamento dos serviços que se propõem substitutivos ao modelo manicomial, mas que perpetuam um funcionamento sob a lógica das instituições totalitárias e médico-centradas. A partir disso, surge a questão que perpassa este trabalho de pesquisa, que supõe a apropriação dos aparelhos que deveriam substituir os hospícios e a lógica manicomial por um poder ainda centrado no saber psiquiátrico. Esse processo já recebeu diferentes nomes pelas pessoas que trabalham, frequentam ou utilizam os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial, que se referem a eles como *CAPScômio*, *CAPScomialização*, *Psiquiatrizaç o do CAPS*, *CAPS ambulatório*.

Os movimentos sociais, de maneira ampla, têm crescido e ampliado a atua o nas discussões e interven es em saúde mental nos últimos anos. Fazem parte deste campo segmentos como associa es de usuários e familiares, institutos pelos direitos humanos, sindicatos, conselhos profissionais e outras representa es de segmentos variados da sociedade. Além destes, atualmente existe um movimento abertamente contrário às mudanças em curso através da Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde, com um forte poder de lobby e atua o na grande média do país. Estes movimentos se apoiam nas carências e “furos” dos serviços substitutivos para desqualificar a proposta da reforma psiquiátrica como um todo. Estes grupos estão

relacionados à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que tem promovido parcerias com “Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM)” (VASCONCELOS, 2010, p. 64) e outras associações de familiares que demonstram descontentamento com a diminuição dos investimentos no modelo asilar dos hospitais psiquiátricos e com as propostas da política da Reforma Psiquiátrica e mantêm uma atitude conservadora pró-psiquiatria organicista.

Os conflitos e disputas ideológicas ocorrem nos diferentes níveis da sociedade e ganham um caráter público quando envolvem instituições com ampla inserção e capacidade de mobilização nos espaços midiáticos. Um episódio ilustrativo deste cenário de enfrentamentos entre diferentes posturas e perspectivas em jogo neste campo foi a divulgação no site da Associação Brasileira de Psiquiatria, no início de 2011, de um artigo sobre a eleição do presidente da instituição no mesmo ano, em que o candidato afirma ser contrário às políticas vigentes do Ministério da Saúde referentes à Reforma Psiquiátrica. Neste artigo, ele expressa um posicionamento político demarcado e corporativista em defesa e exaltação da classe médica, e utiliza argumentos tecnicistas e cientificistas para conclamar a legitimidade dos médicos como detentores de um saber exclusivo, segundo ele, os únicos capazes de encaminhar os casos com qualidade, afirmando que:

O melhor tratamento, apenas o médico é capaz de indicar, e ele pode ser, dependendo do caso, tanto um acompanhamento extra-hospitalar até a internação em um hospital geral com unidade de psiquiatria ou hospital especializado, alguns casos não responsivos a terapia pode ter a necessidade de eletroconvulsoterapia. [...] Vamos lutar para abolir a ideologia e o corporativismo das políticas públicas e exigir que a saúde volte a ser planejada com base na ciência, conduzida por médicos comprometidos com os conhecimentos técnicos e que tenha como finalidade atender as necessidades do paciente, o que hoje não é o caso. (VOZESEFATORES, 2011)

Este artigo é bastante representativo por expressar publicamente a falta de sintonia entre as diretrizes das políticas públicas em vigor pelo Ministério da Saúde e o posicionamento institucional da classe médica-psiquiátrica (corporativo-institucional) em relação ao processo de reforma antimanicomial em andamento no país. Os

discursos escancaram os pressupostos que embasam cada posicionamento e os interesses circunscritos ao local de onde falam. Cada segmento e seus discursos reclamam e buscam legitimidade na sociedade e, desta maneira, os embates e divergências ficam às claras, como mostra o título do artigo publicado no site da Associação Brasileira de Psiquiatria, que diz que “políticas públicas de saúde mental são contrárias aos médicos” (Fonte: assessoria ABP).

Em resposta à carta aberta dirigida ao Ministro da Saúde publicada pelo site da Associação Brasileira de Psiquiatria em nome do Presidente eleito sob os argumentos citados, a Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do sistema de saúde mental do estado da Bahia (AMEA-BA), divulgou uma carta, na qual rebate os argumentos e concepções expressas no artigo publicado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Apesar do alcance estritamente menor em relação ao poder midiático da ABP, considero válido explicitar o trecho destacado a seguir da carta-resposta, como meio de valorizar e reconhecer a voz questionadora de um usuário. Haja vista que só foi possível ter acesso a essa resposta através de uma lista de e-mails em nível nacional do Movimento da Luta Antimanicomial. A resposta expressa ainda o questionamento na utilização do termo “paciente”, não aceitando o lugar de passividade no processo político que envolve o próprio tratamento a partir de um posicionamento crítico em relação ao discurso e prática da psiquiatria manicomial.

Hospital psiquiátrico jamais trouxe nada de positivo às pessoas. Às pessoas sim, porque aqueles aos quais o sr. denominou de “pacientes”, não são mais figuras passivas e apáticas que habitavam instituições asilares conhecidas como hospícios. São pessoas que sofreram (ou ainda sofrem) problemas psíquicos ou transtornos mentais; que chegam a serem definidas como “deficientes psicossociais(?)”; *pessoas que se perderam no labirinto da loucura, mas, que merecem ser reconhecidas como seres humanos dignos*, com “o direito de ter o melhor tratamento”, como dizes. (FORUM MINEIRO, 2010).

A situação divergente apresentada demonstra a complexidade dos diferentes posicionamentos de classe e segmentos, além das redes sociais a que pertencem e representam. O alcance e poder que cada segmento dispõe e utiliza em suas manobras dentro da sociedade remete ao processo histórico da própria modernidade, sendo que a psiquiatria enquanto uma especialidade médica possui ampla rede de apoio e disseminação de suas ideias e posicionamentos, apoiando-se no discurso de cientificidade para definir critérios de verdade, que são articulados e estabelecidos nos diferentes níveis sociais e institucionais. Estes critérios que definem verdades operam como dispositivos articulados na sociedade e mobilizam diferentes segmentos e interesses sociais sob o discurso de manutenção da “ordem” e “justiça” social.

O processo da reforma psiquiátrica inscreve-se num movimento sócio-histórico não linear, com avanços e retrocessos nas suas propostas antimanicomiais que ocorrem sob influência das diferentes perspectivas que se fazem presentes na sociedade contemporânea. Trata-se de um processo de adaptações e readaptações do poder psiquiátrico frente às novas críticas e exigências sociais, que revela constantes jogos e disputas de interesses, verdades, saberes, poderes e práticas neste campo que se estende por toda a sociedade, e tem desenvolvido mecanismos cada vez mais sutis e silenciosos no exercício do microcontrole e da imposição da concepção e dos modelos classificatórios de doença mental.

O que se observa nesses quase 10 anos desde a promulgação da Lei Paulo Delgado é que os rumos da Reforma não têm atendido nem a expectativas oficiais e nem sociais. Estruturas hospitalares continuam existindo, funcionando e operando no tratamento que induz ao internamento, medicalização e psiquiatrização da loucura, através do diagnóstico que aprisiona o indivíduo na lógica médico-centrada, e que tem na intervenção medicamentosa o mecanismo exclusivo para docilizar a loucura e o próprio sujeito. Desta maneira, nega-se o caráter social da loucura, bem como as consequências políticas da estigmatização e exclusão ocasionadas pela visão organicista pautada na concepção de doença/doente mental, que isola o indivíduo de seu meio social e o distancia da possibilidade mínima de autonomia e responsabilização pelos próprios cuidados.

O campo jurídico/legal possui grande importância nos jogos de legitimação de supostos “avanços” sociais, mas a realidade mostra que as sutilezas dos mecanismos de estigmatização, marcação e discriminação com aqueles que fogem à norma da razão, persistem como uma maneira de operar na própria sociedade. A análise histórica

das conferências de saúde mental realizadas até então, indica os marcos conceituais predominantes no contexto da época em que cada conferência foi realizada.

A I Conferência de saúde mental, realizada em 1987, operou sob uma atmosfera de abertura política depois de anos de ditadura militar, e de inclusão do movimento social e popular na construção das políticas públicas. Desta maneira, as diretrizes do relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental estão alinhadas ao processo de reforma sanitária, às mudanças sociais e políticas em curso no país, bem como ao que viriam a ser os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que são pautados numa concepção ampliada e integral de saúde.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1992 e contou com expressiva participação de movimentos sociais e de usuários, e operou sob os marcos conceituais de cidadania e atenção integral, que serviram como orientadores para as diretrizes e encaminhamentos do relatório final.

No momento de realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano 2001, já existiam algumas iniciativas extra-hospitalares funcionando pelo país, demonstrando ser possível pensar em serviços alternativos ao modelo asilar. Esta conferência teve como tema central “Cuidar Sim, excluir não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social” (BRASIL, 2001). As diretrizes e encaminhamentos do relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental funcionaram em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como com as premissas do Modo de Atenção Psicossocial, que são reafirmadas nas diretrizes do relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e reivindicam a implementação plena dos serviços extra-hospitalares.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial ocorreu de 27/06/2010 a 01/07/2010 e teve como tema “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. De acordo com relatório final, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial,

Permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental. A convocação da intersetorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de

atenção trouxe para todos. Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado. (BRASIL, 2010a, p.7).

Não à toa o eixo temático central da IV Conferência Nacional de Saúde Mental foi Intersetorialidade, demonstrando a necessidade atual de maior articulação entre os diferentes segmentos da sociedade para lidar com os desafios no trato da loucura no século XXI, no sentido de atender e avançar nas propostas de atenção a nível psicossocial como consta nas políticas da Reforma Psiquiátrica. As pesquisas mostram a atualidade das reivindicações do relatório do I Encontro da Luta Antimanicomial, que ocorreu em 1993, demonstrando a complexidade dos desafios em implementar as mudanças reivindicadas neste campo. Em seu trabalho de mestrado “Uma análise arqueológica dos discursos do movimento de luta antimanicomial no Brasil”, a pesquisadora Agnelli (2006), aponta que:

O relatório (I encontro) trata destas questões (inserção social, interdisciplinaridade, aliança com movimentos populares, sindicais, comunitários e legislativos) apresentando o seguinte discurso: “hoje se reconhece a necessidade de se considerar a complexidade das relações sociais, políticas, econômicas e peculiaridades da condição humana como forma de construir múltiplas e criativas possibilidades de assistência em saúde mental” (Relatório I, p. 11). Para que um novo modelo em saúde mental faça parte das práticas do Movimento, apresenta-se a necessidade de articulação com instituições como: Conselhos Municipais de Saúde, Legislativo, Judiciário; buscando intervir na política e na cultura, estabelecendo, para tanto, um intercâmbio com a sociedade. As práticas antimanicomiais se configurariam como um outro tipo de assistência em saúde mental, produzindo um deslocamento

das atividades manicomiais. (ANGELI, 2006, p. 129).

O movimento da Luta Antimanicomial atravessou processos de transformação, passando por uma cisão no seu V Encontro Nacional, que ocorreu em Miguel Pereira (RJ), em 2001, e em decorrência disto surgiu a Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), que tem ideologias análogas ao Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), porém com metodologias e perfil diferentes.

Os embates e disputas assumem diferentes configurações em cada momento e contexto histórico. Em setembro de 2009, movimentos sociais – em especial a Rede Nacional Internúcleos da Antimanicomial (RENILA) – junto ao Conselho Federal de Psicologia (CFP), organizaram a Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, que contou com a reunião de 2.300 pessoas de várias regiões em Brasília. A marcha foi formada por diferentes coletivos de usuários, familiares e trabalhadores que “organizaram-se para exigir avanços na direção de uma assistência efetivamente antimanicomial” (CFP; RENILA, 2010) e reivindicaram expressamente a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, pois corria o risco de acabar o governo Lula sem que ela acontecesse.

O processo de realização, bem como as reivindicações exigidas no ato público, foi organizado num relatório, que teve ampla divulgação antes da realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Este material serviu como instrumento de atualização e explanação sobre as questões apresentadas pelos coletivos de usuários que se encaminhavam para serem debatidas na construção de políticas públicas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. O documento afirma que houve avanços no campo da saúde mental, referindo-se às três Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas anteriormente, juntamente com a aprovação da Lei 10.216/2001, mas também defende amplamente a necessidade de aumento dos investimentos, de maior mobilização dos órgãos públicos bem como dos diferentes segmentos da sociedade civil na implementação e na fiscalização dos serviços operados a partir dos princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial no país. Desta maneira, as reivindicações partem do princípio de que:

[...] não existe saúde mental sem reconhecimento dos sujeitos, dos seus direitos, da sua plena condição de participação na vida social, que precisa então suportar diversidade e novas formas

de operar, seja no campo da cultura, do trabalho, da educação, da assistência, e de tantos outros, que levou a Marcha dos Usuários pela reforma psiquiátrica Antimanicomial a colocar em análise e apresentar exigências não apenas às políticas públicas de saúde, mas também a outros setores. Exigência para que esses setores se comprometessem com a saúde mental, empreendendo novas políticas, produzindo transformações em princípios, estruturas e funcionamentos. Ou seja, a Marcha dos Usuários colocou uma série de exigências para política de saúde e saúde mental no âmbito do sistema único de Saúde (SUS), especialmente no que se refere à efetiva possibilidade de atenção à crise nos serviços abertos e, portanto, à ampliação da rede de atenção 24 horas, à aceleração necessária do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, à intensificação dos programas que garantam aos moradores do hospital psiquiátrico o retorno à cidadania, dentre outros. Mas a marcha também reconheceu que precisamos de rede e que a Reforma Psiquiátrica precisa de uma dimensão intersetorial. (RENILA, 2010, p.15).

O relatório da Marcha aponta uma série de pautas destinadas a diferentes segmentos implicados de alguma maneira com o processo da reforma psiquiátrica, dentre eles: o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, o Ministério da Justiça, o Ministério da Cultura, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a Secretaria de Economia Solidária, o Ministério da Previdência Social, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a Procuradoria Geral da República, o Senado Federal e a Presidência da República. As pautas destinadas a cada órgão estruturam-se sob a lógica da reforma psiquiátrica e foram construídas junto aos coletivos dos usuários, que foram indicados como os protagonistas das reivindicações, segundo aponta o relatório da Marcha.

Diante do cenário apresentado, este estudo visa investigar e problematizar o processo de organização e realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, a partir de uma perspectiva histórica que possibilite identificar os marcos conceituais e os enunciados predominantes nas três conferências nacionais de saúde

mental realizadas anteriormente, bem como os conflitos e discursos presentes no contexto histórico e político de realização de cada evento, que ajudaram a construir as condições de existência referentes à temática central da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: a “intersectorialidade”. Além disto, considerando as conferências como espaços de embates entre os diferentes segmentos e representações envolvidas, serão apresentados e analisados alguns discursos e práticas no decorrer das três etapas da IV CNSM-I, buscando demarcar e contextualizar os conflitos de interesses, posicionamentos e verdades que ocorreram no decorrer deste processo, acreditando que estes representam os jogos de poder e legitimação dos discursos na sociedade contemporânea.

As políticas traçadas indicam que o tratamento deve ocorrer de modo integrado com a comunidade e com as características do território e que o saber médico-psiquiátrico deve somar-se aos demais saberes constituintes da equipe multiprofissional, que deve atuar de maneira interdisciplinar. Mostram também que os investimentos devem ter em vista a construção de uma rede de serviços integrados, que opere de maneira completamente diferente da estrutura e do funcionamento manicomial. Porém, temos observado que a problemática da loucura na modernidade remete a embates que seguem em pauta no dia a dia de nossa sociedade e dos serviços públicos em Saúde Mental.

Por isso, nesta pesquisa desenvolvo uma análise da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial e de seu relatório final, entendendo que neles estão expostos os posicionamentos e diretrizes para o desenvolvimento e efetivação das políticas públicas na área da saúde mental em nosso país nos próximos anos. Por isso, contextualizo as propostas e diretrizes no processo histórico da reforma psiquiátrica em processo no Brasil, enfocando os principais acontecimentos e embates desde a promulgação da Lei 10216/2001 e a atuação ou não das diretrizes estabelecidas no relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001.

Como já dito, esta pesquisa tem uma dimensão arqueológica, que busca revelar diferentes posições teórico-ideológicas e políticas, e também uma dimensão genealógica relativa aos enfrentamentos concretos que o pesquisador pôde observar em sua participação nas conferências. Assim, a pergunta que norteia esta pesquisa é: que tendências, posições, embates e práticas concretas podem ser visualizados nos discursos e relações de poder observáveis na IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial?

1.2 MÉTODO

Este estudo buscou utilizar os “documentos como operadores metodológicos” (LE MOS, 2010, p. 95), segundo uma perspectiva arqueológico-genealógica, desenvolvida por Michel Foucault. Com base nestas ferramentas metodológicas, definiu-se a estratégia de análise documental como meio de reconhecer os discursos e as práticas atuais referentes ao problema da reforma psiquiátrica no Brasil, pois, de acordo com esta perspectiva, o documento é visto como um “acontecimento e deve ser analisado enquanto um conjunto de práticas discursivas, coextensivas às práticas de poder e subjetivação.” (LE MOS, 2010, p. 95). Deste modo, o enfoque amplia-se para além dos documentos em si, de maneira que se possam pensar os processos históricos, as redes e práticas sociais que possibilitaram sua criação, seus usos e os suportes institucionais que o legitimam, além das rupturas ou descontinuidades que operam.

Desconfiando da “inocência” dos documentos, alguns questionamentos acompanharam o processo de definição dos rumos desta pesquisa, considerando o processo de reforma psiquiátrica no Brasil a partir da Lei Paulo Delgado em 2001. Partindo desta referência, ressaltamos alguns acontecimentos e iniciativas relativos aos serviços e práticas substitutivas ao modelo manicomial, a fim de discutir a efetividade dos aparelhos que devem funcionar como serviços que substituam os manicômios. Dentre elas, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), principal ponto de articulação com os outros serviços, através do qual procuramos analisar a efetividade da proposta de serviços em rede tal como consta nas políticas da reforma psiquiátrica.

A pesquisa possibilitou perceber os principais atores no campo político da saúde mental, suas parcerias, os conflitos, os pactos institucionais, seus discursos e bases de sustentação teórico-epistemológica, que se constituíram fontes da análise sobre o saber-poder psiquiátrico e suas manobras políticas na sociedade atual. Estas questões foram se repetindo e se desenvolvendo a partir dos levantamentos teóricos e das vivências em campo, e ajudaram a guiar as estratégias da pesquisa no sentido de evitar a tentadora naturalização dos discursos oficiais e dos próprios documentos selecionados como “objetos” de análise.

Dessa maneira, o estudioso dos documentos pode ampliar seu campo de pesquisa, expandindo

perguntas e problematizações que o auxiliam a examinar o jogo de intrigas resultantes dos acontecimentos recortados como objeto de seu trabalho. Assim, é possível avançar nos Dessa maneira, o estudioso dos documentos pode ampliar seu campo de pesquisa, expandindo perguntas e problematizações que o auxiliam a examinar o jogo de intrigas resultantes dos acontecimentos recortados como objeto de seu trabalho. Assim, é possível avançar nos questionamentos dos documentos/monumentos, ao interrogá-los sobre suas lacunas, esquecimentos, hiatos, silêncios e, dessa forma, realizar um inventário de arquivos que produzem uma história por meio de documentos e de ausência de documentos (LE GOFF apud LEMOS et al., 2010, p.100).

Durante o processo de pesquisa no ano de 2009, houve uma mobilização em nível nacional pela realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, que se desdobrou na marcha dos usuários ocorrida em Brasília no ano de 2009. A realização da marcha teve grande influência na concretização da IV CNSM-I. A última Conferência nacional de saúde mental havia sido realizada no ano de 2001, mesmo ano de aprovação da Lei Paulo Delgado (10.216/2001) que instituiu legalmente a reforma psiquiátrica antimanicomial a nível nacional. Desta maneira, o “recorte histórico” entre o período de 2001 a 2010 é priorizado como foco de discussão e problematização, utilizando como fonte de dados o processo de realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, seu relatório final e documentos relacionados ao processo da reforma antimanicomial.

Diante deste contexto e buscando utilizar a história como instrumento de questionamento e problematização, e não no sentido linear dos fatos, o pesquisador investigou outros acontecimentos/documentos considerados relevantes para o processo da reforma psiquiátrica antimanicomial. Partindo do seu interesse pelo tema e de sua inserção no campo, participou das três etapas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial como delegado do segmento intersetorial. Essa participação ocorreu concomitantemente ao processo de construção desta pesquisa, o que possibilitou analisar as várias etapas da Conferência como documentos, reconhecendo as materialidades e positivities que as inscrevem num contexto histórico de lutas e embates que extrapolam o evento em si.

A arqueologia é uma história dos discursos considerados como monumentos, isto é, em sua espessura própria, na materialidade que os caracteriza; ela procura determinar as condições de existência do discurso tomado como acontecimento em relação a outros acontecimentos. (MACHADO apud LEMOS et al., 2010, p.104).

Partindo de um referencial histórico-crítico em relação à doença mental, esta pesquisa apoiou-se no trabalho de doutorado de Michel Foucault (1961), “História da Loucura”. Em seu trabalho, Foucault (1961) questiona o conceito de “doença mental” que, segundo ele, é uma construção histórico-social. Baseados nessa concepção, os estudos conduziram à investigação sobre as práticas discursivas no campo da saúde mental, no contexto da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira em nossos dias. Pata tal, o pesquisador coletou dados referentes ao acontecimento das três conferências nacionais de saúde mental realizadas anteriormente, através de documentos e principalmente dos relatórios oficiais divulgados pelo Ministério da Saúde.

As conferências têm como finalidade serem instrumentos de controle social na construção de políticas públicas de saúde mental do país. Neste sentido, trata-se de um espaço comum em que as lutas e embates acontecem como reflexo do contexto social e político de cada época. Pudemos evidenciar isto através das heterogeneidades, desencontros e rupturas que aconteceram nesses espaços/acontecimentos e nos discursos/enunciados presentes nos documentos e “acontecimentos periféricos”. Assim como observa Foucault (apud LEMOS et al., 2010, p.107) “[...] é preciso considerar o discurso como uma série de acontecimentos, como acontecimentos políticos, através dos quais o poder é vinculado e orientado.”.

Outros documentos relacionados ao tema, também utilizados como dado de análise, foram as Leis e Portarias direcionadas ao Sistema Único de Saúde e à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, reconhecendo a importância do contexto de criação da Lei 8080/1990 (SUS) e Lei nº 8.142 e seus princípios que institucionalizaram a participação popular nas instâncias políticas do sistema público de saúde e saúde mental. A Lei Federal de Saúde Mental nº 10.216, a Portaria n. 2.077/GM - Programa “De Volta para Casa”, a Portaria/GM nº 106/2001 – sobre as Residências Terapêuticas, a Portaria 336/2002 – que regulamenta os CAPS; a Portaria nº 52 – Programa Anual de

Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Serviço Único de Saúde (SUS), também são “objetos” que fazem parte do material analisado, pois estão diretamente ou indiretamente ligados ao processo da reforma antimanicomial.

Embora a análise documental seja prioritária neste estudo, as experiências do pesquisador no campo, além de sua participação como delegado oficial do segmento intersetorial na IV Conferência, permitiram o seu acesso a dados importantes. O acompanhamento do processo pré-conferência, a participação em encontros do movimento da Luta Antimanicomial do município de Florianópolis, bem como as atividades desenvolvidas num CAPS do município, possibilitaram observar os “bastidores” (CASTRO, 2008, p.46) de alguns embates que ocorreram durante o processo de planejamento e organização das três etapas da IV Conferência de Saúde Mental – Intersectorial (2010).

Neste tipo de proposta, as vivências e acesso a documentos através dos “bastidores” podem ser valiosas fontes de dados e problematizações, pois “o processo de pesquisa em arquivos não se esgota no arquivo, mas continua para além dele.” (CASTRO, 2008, p.57). Neste sentido, o pesquisador buscou estar atento aos diferentes meios de acessar informações sobre o tema, o que possibilitou muitos “encontros etnográficos” (CASTRO, 2008, p. 46) e o acesso a informações de fontes diversas.

A partir da definição da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial como “objeto” de análise documental e operando sob uma perspectiva histórica de Michel Foucault, foram priorizados os seguintes instrumentos no processo de coleta de dados e informações: diário de campo; relatórios oficiais das três etapas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial (IVCNSM-I); os regimentos e regulamentos de cada etapa da IV CNSM-I; relatórios das três conferências nacionais de saúde mental realizadas em 1987, 1992 e 2001; Leis e Portarias; documentos de alcance internacional: Organização das Nações Unidas (ONU) – *Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental*, da ONU, de 17 de dezembro de 1991; Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) – “Cuidar sim, excluir não”, livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação; Declaração de Caracas de 1990, além de artigos sobre o tema em revistas de diferentes áreas (psiquiátrica, jurídica, psicológica), relatório da Marcha dos usuários em 2009, discussões e referências acessadas via Movimento da Luta Antimanicomial, sites: Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP),

Conselho Federal de Psicologia (CFP), Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), Ministério da Saúde, etc.

A inserção do pesquisador num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II) se deu na graduação do curso de Psicologia, através de estágio não obrigatório nas oficinas semanais de teatro, cinema e terapia, no município de Florianópolis. As oficinas eram coordenadas por um professor do curso de psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e tinham como proposta a construção coletiva de cada atividade a partir da livre e espontânea participação nas atividades. Esta experiência serviu de referência para coordenar oficinas de capoeira na mesma instituição. A partir destas oficinas, os vínculos foram se estreitando, tanto com os usuários como com a equipe de técnicos e profissionais. Desta maneira, foi possível a inserção e a participação nos diferentes espaços da instituição, como em reuniões de equipe multiprofissional, em assembleias dos usuários, reuniões da associação dos usuários, encontros do Movimento da Luta Antimanicomial, entre outros eventos. Este processo se deu entre o ano 2007 e 2010.

As vivências e atuações no CAPS aconteceram em paralelo aos estudos e pesquisas no Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em disciplinas da área de Práticas Sociais e Constituição do Sujeito. O referencial teórico de aporte ao olhar desta pesquisa remete as contribuições deixadas por Michel Foucault, que utilizou a história como método, numa leitura transversal sobre o tema da loucura. Historicizar o processo da Reforma Psiquiátrica em andamento no país implicou em analisar as rupturas, conflitos, desencontros, pactos e jogos políticos em destaque neste complexo campo.

Estes processos se intensificam nas conferências, e devem ser encarados no contexto em que se inserem. Desta maneira, o olhar histórico possibilitou conhecer as condições de possibilidade que permitiram o “objeto” emergir no contexto epistemológico do momento em que aparece e passa a ter visibilidade nos jogos de forças da sociedade. Os documentos oficiais indicam os discursos presentes nas diretrizes dos relatórios, bem como os interesses e acordos que lhes dão visibilidade e condição de existência.

Foram escolhidas as três etapas da IV CNSM - I como “objeto” de análise prioritário, pois entendemos que nestes espaços foram expostos os diversos setores e segmentos que se relacionam e atuam no campo da saúde mental, sustentando seus discursos e concepção de homem e de mundo. Entendemos que o termo saúde mental expõe limitações, se considerado apenas enquanto concepção de oposição à

doença, pois implicaria na reprodução da lógica dualista (corpo/mente, saúde/doença) que tem sido criticada no processo da Reforma Antimanicomial. Neste sentido, buscamos reconhecer sutilezas dos termos referidos no campo, dos sentidos a que remetem e possíveis implicações políticas. A antropóloga e pesquisadora Alencar-Silva (2004) expõe ampla discussão sobre a utilização política do termo usuário, que remete aos papéis sociais que se criam a partir da participação e protagonismo social através do Movimento da Luta Antimanicomial. Em sua tese de doutorado “De paciente a usuário: construção de sujeitos políticos na luta antimanicomial”, a autora ressalva que:

[...] a subjetividade que emerge do diálogo com o ativismo não significa a libertação do dispositivo psiquiátrico; representa forma de subjetivação pautada em outro dispositivo, o MLAM - Movimento da Luta Antimanicomial, que resulta em condição de vida mais digna para os usuários quando comparadas aos pacientes psiquiátricos institucionalizados. (ALENCAR-SILVA, 2004, p.4).

O processo de realização das conferências expôs conflitos, que demonstram tendências divergentes e operam de acordo com os comprometimentos políticos aos quais cada posicionamento está atrelado e direcionado. A reforma psiquiátrica inscreve-se nesse processo sócio-histórico que envolve complexos jogos de poder e de verdades, e por isto não deve ser encarado numa perspectiva linear e unidirecional. Trata-se de um processo de adaptações e readaptações do poder psiquiátrico frente às novas críticas e exigências sociais, que revelam constantes jogos e disputas de interesses, verdades, saberes, poderes e práticas neste campo que se pulveriza em toda sociedade.

Neste sentido, encontramos ressonância na estratégia de estudo documental sugerida por Hill e citada por Celso Castro, na qual sugere:

[...] tentar colocar-se na perspectiva de “bastidores” do objeto estudado, percebendo melhor os “dramas sociais” que ocorrem nessa região. Em geral, isso se consegue dando especial atenção a um tipo de documento que, muitas vezes, é considerado como o mais “precioso” dos arquivos: os documentos de caráter mais íntimos, como correspondência pessoal, diários, notas marginais em livros e recortes de jornais etc. Isso

não quer dizer, no entanto, que o que se vê nos bastidores seja “mais real” ou “verdadeiro” que as performances públicas dos indivíduos. O pesquisador deve sempre, em ambos os casos, confrontar as versões apresentadas numa e noutra esfera. Algumas vezes, os próprios documentos contêm informações dissonantes ou contraditórias entre si, em múltiplos níveis. (CASTRO, 2008, p. 55).

2 PROBLEMATIZAÇÃO DA LOUCURA COM BASE EM MICHEL FOUCAULT

Por função entendo não apenas o discurso mas a instituição e o indivíduo psicológico.

(FOUCAULT, 2006, capa).

O tema da loucura é objeto de pesquisa e interesse de investigadores de variados campos do saber. Diferentes razões poderiam ser apontadas para o fascínio que este tema desperta, atravessando diferentes épocas e culturas. A maneira como uma sociedade se relaciona com a loucura ou com o louco, expressa muito sobre seus costumes, valores e práticas. É nesse sentido que desperta o meu interesse pelas reflexões e produções teóricas de Michel Foucault, pois ele olha para a história para pensar a complexidade da sociedade contemporânea.

Os referenciais teóricos utilizados neste trabalho estão em consonância com a tradição nietschiana, que faz uma leitura crítica dos discursos naturalizados como “verdades incontestáveis” e que operam como tal na sociedade ocidental moderna. Partindo deste referencial, esta pesquisa não seguiu um modelo *a priori* para estudar o processo da reforma psiquiátrica no Brasil. O pesquisador buscou sustentar uma postura de suspeita e crítica em relação às práticas discursivas presentes em nossos dias, como é o caso do discurso psiquiátrico baseado nos pressupostos científicos. A genealogia é umas das ferramentas utilizadas por Michel Foucault dentro desta perspectiva, que busca utilizar a história de maneira crítica, enfocando as práticas discursivas a partir das transformações, rupturas, embates e conflitos, ao invés de buscar explicações originárias que considerem o discurso como uma série de acontecimentos homogêneos.

Michel Foucault tornou-se referência na área da Saúde Mental a partir de seu trabalho de doutorado “História da Loucura”, publicado em 1961, que é considerado um clássico sobre o tema e problematiza a questão sob um olhar histórico-crítico. Nesse trabalho ele aborda a questão da loucura a partir do lugar social ocupado pelo louco desde a nova configuração social inaugurada pela Renascença.

O filósofo inicia o seu estudo histórico, partindo da constatação de que a lepra desaparece do mundo ocidental ao final da Idade Média (FOUCAULT, 1972[1961]). Ele utiliza documentos, relatórios e outras fontes de dados para mapear o período em que os leprosários começaram a se esvaziar e perder sua importância na dinâmica social da

Europa renascentista. “É que a partir do século XV, o vazio se estabelece por toda parte; a partir do século seguinte, Saint-Germain torna-se uma casa de correição para os jovens; e antes de São Vicente, em Saint Lazare, existe apenas um único leproso” (FOUCAULT, 1972[1961], p. 3-4).

Este processo de “desaparecimento” da lepra na Europa deixou de herança as estruturas asilares que separavam os doentes da sociedade “saudável”, bem como os jogos de poder e exclusão que operavam a partir delas. O local social do que era moralmente desviante e, por isto, excluído, antes ocupado pelo leproso, passa a ser ocupado pelos doentes venéreos, até estes passarem a ser considerados pessoas que demandam tratamento médico no século XVI. Nos séculos posteriores, o lugar social de excluído, moralmente inaceitável e marginalizado será personificado na figura do louco, dentre outros personagens sociais que se destacam por se desviarem da ordem moral vigente. Trabalhando a história através das rupturas e transformações, Foucault analisa diferentes documentos, enunciados, jogos de verdade, e práticas em relação à loucura nos diferentes contextos históricos da sociedade Ocidental. O processo de transformação do imaginário social enfocado por ele decorre do final da Idade Média, em que predominava a imagem da morte em diferentes expressões artísticas e simbólicas, até o princípio da Renascença, em meados do século XV. Sobre este processo, Foucault pontua que:

Uma sequência de datas fala por si mesma: a *Dança dos mortos do cemitério dos Inocentes* data sem dúvida dos primeiros anos do século XV; a *da Chaise-Dieu* teria sido composta por volta de 1460; e é em 1485 que Huyot Marchand publica sua *Danse Macabre*. Esses sessenta anos foram dominados, seguramente, por todas essas imagens zombeteiras da morte. E é em 1492 que Brant escreve a *Narrenschiff*, cinco anos depois traduzida para o latim. Nos últimos anos do século, Bosch compõe sua *Nau dos Loucos*. O *elogio da Loucura* é de 1509. A ordem da sucessão é clara. (FOUCAULT, 1972[1961], p.15).

Na passagem da Idade Média para Renascença ocorre uma mudança na percepção e representação da loucura, deslocando o foco da personagem da morte para a figura do louco. Na experiência renascentista, a loucura torna-se uma forma relativa à razão, de maneira

que “o desatino da loucura substitui a morte e a seriedade que a acompanha” (FOUCAULT, 1972[1961], p. 15/16). Não se trata segundo Foucault, de uma ruptura, mas de uma “virada no interior da mesma inquietude” (FOUCAULT, 1972[1961], p.16), em que se desloca o vazio da existência, antes representado pela ameaça exterior de morte e fim dos tempos, para um desconforto “sentido do interior como forma contínua e constante de existência” (FOUCAULT, 1972[1961], p.16). Enquanto outrora a sabedoria era denunciar e apontar a morte enquanto inquietação que pairava nos meios e expressões sociais, a loucura passou a ser alvo de investimento e presença marcante nas produções do período renascentista.

A loucura anuncia um saber e uma verdade hermética, e desta maneira a acompanha, ainda que numa posição marginal e indesejada. Este cenário é ilustrado por Foucault através da obra de Bosch, “A nau dos loucos”, que remete aos barcos que se encarregavam de transportar os loucos de uma cidade para outra, como método de afastá-los das cidades e entregá-los ao próprio destino e à incerteza dos mares. Este método foi amplamente utilizado como meio de expulsar os insanos indesejados das cidades europeias e ilustrado por Bosch no século XV, já que não existia o hospital ou qualquer instituição com a função de internamento neste período. Além da função social de “limpeza” das cidades de que eram escorraçados, os navios tinham um sentido simbólico marcante no contexto renascentista, pois através deles os insanos tornavam-se peregrinos em busca da razão perdida. Os navios que levavam os loucos de cidade a cidade não eram o único meio de encaminhamento dos desatinos indesejados. Existiam cidades que sustentavam prisões e funcionavam como “ponto de encontro” de loucos de diferentes regiões da Europa que, a exemplo de Nuremberg, aprisionaram loucos de vários locais durante o século XV, de acordo com os registros de Foucault. Neste período não se falava em tratamento, os loucos eram simplesmente jogados na prisão. Diz Foucault (1972[1961], p.24):

[...] a loucura só existe em cada homem, porque é o homem que a constitui no apego que ele demonstra por si mesmo e através das ilusões com que se alimenta. A *philautia* (amor próprio) é a primeira das figuras que a loucura arrasta para sua dança, mas isto porque estão ligadas uma à outra por um parentesco privilegiado: o apego a si próprio é o primeiro sinal da loucura, mas é porque o homem se apega a si próprio que ele

aceita o erro como verdade, a mentira como sendo a realidade, a violência e a feiura como sendo a beleza e a justiça.

O sujeito ocidental, a partir do século XVII e ao longo do XVIII, se vê cada vez mais comprometido com sua própria razão, incansável na busca da verdade em detrimento da desrazão, desatino ou loucura. Neste sentido, a verdade adquire valor moral na relação do indivíduo consigo mesmo, sendo norteadada pelas regras e normas sociais, de maneira que a loucura passa a ser tratada no nível do erro e do desvio de conduta, e por isso, passível de punição e de medidas corretivas. A loucura deixa de ser uma manifestação divina ou de forças ocultas, para ser atrelada aos traços do caráter do indivíduo e de seus comportamentos inconstantes. Assim, como afirma Foucault (1972[1961], p.33), “a loucura torna-se uma das próprias formas da razão”, e ambas estabelecem uma relação de reciprocidade e coexistência, num “diálogo” constante entre as fronteiras que as delimitam. E completa: “A loucura só apresenta sentido e valor no campo da razão”. (FOUCAULT, 1972[1961], p. 33).

O dilema entre loucura e razão aparece marcadamente na passagem ao período clássico, possibilitando o surgimento do “pensamento crítico do homem” no final do século XVI. É através do pensamento crítico do homem que a loucura entra no universo do discurso, a partir das contribuições da tradição humanista. Neste contexto, Foucault aponta para o surgimento das condições de existência do pensamento racional que conduzirá à análise da loucura como doença mental. Neste processo, as figuras trágicas perdem força e espaço no imaginário e nas representações da época, pois a razão passa a dar a sua própria medida, sobrepondo a racionalidade humana aos referenciais místicos, de Deus ou do inexplicável. Diante da razão emergente, a fé e as verdades dogmáticas perdem força no cenário político, e se voltam para o campo da religião, já que as verdades dogmáticas fogem às regras e possibilidades da razão, de maneira que “comparada com a verdade das essências e de Deus, toda a ordem humana é apenas uma loucura”. (FOUCAULT, 1972[1961], p. 31).

O confronto entre a experiência trágica e a consciência crítica do homem entra em cena nesse momento, colocando em evidência um de seus elementos mais marcantes que é a inclusão da loucura no campo da linguagem, exatamente onde o homem é confrontado consigo mesmo, através da experiência moral em que ele se coloca diante de sua própria verdade.

Trata-se antes de um privilégio cada vez mais acentuado que a Renascença atribuiu a um dos elementos do sistema: aquele que fazia da loucura uma experiência no campo da linguagem, uma experiência onde o homem era confrontado com sua verdade moral, com as regras próprias, a sua natureza e a sua verdade. (FOUCAULT, 1972[1961], p.28).

Neste contexto da experiência clássica da loucura, os elementos trágicos deixam de ser tão ameaçadores como no período em que Bosch desenhou a *Nau dos Loucos* nos primeiros anos do século XVI. A loucura passa a ser encarada como ilusão por não corresponder às “coerências racionais”, de maneira que é deslocada para o plano do erro, operando a partir do “pensamento crítico” do homem. Desta maneira, é forjado o contexto que estabelece as condições de surgimento da “Grande internação” (século XVII), que agregava num espaço único todo tipo de “desviantes” da razão e das normas morais da época.

Já no século XVII, sob influência da razão cartesiana, sintetizada na fórmula “Penso, logo existo”, o sujeito em desatino em relação à razão perde o direito à sua verdade, e passa a ser excluído do convívio dos “normais” e confinado nos hospitais que cresceram em grande número no decorrer do século XVII.

Se o homem pode sempre ser louco, o pensamento, como exercício de soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato, tornará impossível a experiência, tão familiar à Renascença, de uma Razão irrazoável, de um razoável Desatino. (FOUCAULT, 1972[1961], p. 47-48).

Foucault faz referência ao decreto da fundação do Hospital Geral de Paris, em 1656, que determinou o agrupamento de diversos estabelecimentos sob uma única administração, a *Salpêtrière*, determinando uma reestruturação administrativa dos estabelecimentos já existentes na época, reorganizando e centralizando o poder. “O hospital geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. Os alienados que Pinel encontrou em *Bicêtre* e na *Salpêtrière* pertenciam a esse universo” (FOUCAULT, 1972[1961] p. 50). A lógica de exclusão e segregação que opera em relação ao leproso no final da Idade Média, agora se aplica aos desviantes de condutas, insanos ou desatinados,

através do processo de internamento no classicismo. As casas de correção que eram predominantemente ligadas às ordens religiosas são transferidas para responsabilidade do Estado, sem perder o seu caráter de correção moral e de conduta.

Nos séculos XVII e XVIII, período denominado por Foucault de “Grande internação”, os hospitais gerais recolhem no interior de seus muros pessoas nas mais diversas condições, dentre os loucos, os pobres, pedintes, desempregados e todo aquele que perturbasse ou ameaçasse a ordem social, de maneira que a internação era uma questão de polícia. “De início, à instituição atribuía-se a tarefa de impedir a mendicância e a ociosidade, bem como a fonte de todas as desordens” (FOUCAULT, 1972[1961], p.64). Antes da preocupação com a cura, a internação era uma medida em resposta ao imperativo do trabalho e à condenação da ociosidade, consequência da grave crise econômica do mundo ocidental no século XVII. Ainda segundo o estudioso, “toda vez que se produz uma crise, e que o número de pobres sobe verticalmente, as casas de internamento retomam, pelo menos em algum tempo, sua original significação econômica” (FOUCAULT, 1972[1961], p.67). Diante desta lógica e contexto, justifica-se o surgimento das primeiras casas de internamento nas regiões mais industrializadas da Inglaterra, que operam sob o regimento da produtividade para o bem comum e ficam conhecidas como *workhouse*.

Os hospitais e espaços de segregação que foram utilizados para abrigar os leprosos passaram a abrigar os indivíduos com comportamentos condenáveis pela moral da época, e dentro desse grupo de indivíduos moralmente desviante, estavam os desatinados e insanos. Neste período, o louco é incluído na lista dos excluídos, e passa a ser encaminhado para os hospitais gerais, que funcionavam também como um espaço de castigo moral, de maneira que se caracterizavam como:

[...] uma instituição moral encarregada de castigar, de corrigir uma certa “falha” moral que não merece o tribunal dos homens mas que não poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência. O Hospital Geral tem um estatuto ético. É desse encargo moral que se revestem seus diretores, e é-lhes atribuído todo o aparelho jurídico e material da repressão. (FOUCAULT, 1972[1961], p.74).

O trabalho assume uma dimensão ética nas casas de internamento, de maneira que o hospital geral abrigava no século XVII

todo tipo de sujeito desviante dos padrões sociais da ética burguesa, como pedintes, pobres, desempregados, insanos, ou seja, sujeitos não inseridos na engrenagem produtiva da época. Estes espaços não se limitavam à função asilar pura e simplesmente, mas se impunham como uma instituição moral e possuíam um “estatuto ético”, que lhe conferia legitimidade para castigar e exercer práticas no sentido de corrigir as condutas desviantes perante a ordem e os valores morais. Sustentado por este caráter moralizante, o hospital geral dispunha dos aparatos de repressão da época, já que os seus diretores possuíam poder de jurisdição, de polícia, de administração, correção e punição, para impor o trabalho como um exercício ético e imposição moral. A experiência de coação física e moral nessas instituições, atreladas às práticas administrativas para esses fins, criaram as condições de existência da lei civil pautada nas obrigações morais.

A aplicação exaustiva da lei moral não pertence tampouco à ordem das realizações; ela pode efetuar-se a partir do nível das sínteses sociais. A moral se deixa administrar como o comércio ou a economia.

Vê-se assim inscrever-se nas instituições da monarquia absoluta – naquelas mesmas que durante longo tempo permaneceram como símbolo de arbitrariedade a grande ideia burguesa, e logo republicana, segundo a qual também a virtude é um assunto de Estado, que é possível fazê-la imperar através de decretos e estabelecer autoridade a fim de ter-se a certeza de que será respeitada. Os muros da internação encerram de certo modo o lado negativo desta cidade moral, com a qual a consciência burguesa começa a sonhar no século XVII. (FOUCAULT, 1972[1961], p. 75-76).

Percebemos que a prática da internação, enquanto instituição criada no século XVII, se diferencia marcadamente das prisões medievais, pois passa a ter funcionalidade própria para as exigências do contexto social e moral da época. O hospital geral operava em diferentes níveis da sociedade. Os mecanismos de marcação, segregação e exclusão passam a operar na “figura” do hospital geral uma síntese dos processos de repressão social: ao mesmo tempo em que surge como possibilidade de “solução” para os “antissociais”, isolando-os da sociedade, ele impõe o discurso do trabalho como meio de promover

moralização do sujeito e gerar “benefício” para sociedade através daquilo que o confinado produz. O período da “grande internação” inaugura uma nova sensibilidade, que utiliza o processo de exclusão como meio para estabelecer os limites impostos pelo discurso da razão e, desta maneira, encaminha a loucura e o louco para os confins da contenção e do isolamento, sob a pretensa justificativa de correção e aperfeiçoamento moral. Este processo fez surgir a ideia de alienação, que numa perspectiva arqueológica deve ser considerada além de uma concepção estrita do isolamento como tentativa de banir o “mal” socialmente indesejado. Para Foucault (FOUCAULT, 1972[1961], p. 81):

[...] refazer a história desse processo de banimento é fazer arqueologia de uma alienação. O que se trata então de determinar não é qual a categoria patológica ou policial assim abordada, o que pressupõe sempre a existência dessa alienação como um dado; é necessário saber como esse gesto foi realizado, isto é, que operações se equilibram na totalidade por ele formada, de que horizontes diversos provinham aqueles que partiram juntos sob o golpe da mesma segregação, e que experiência o homem clássico fazia de si mesmo no momento em que alguns de seus perfis mais costumeiros começavam a perder, para ele, sua familiaridade e sua semelhança com aquilo que ele reconhecia sua própria imagem.

No decorrer do século XVIII, o internamento promove entrelaçamento ainda mais íntimo entre a moralidade e a ideia de erro perante a razão, de maneira a funcionar como mecanismo social para conduzir o indivíduo de volta à verdade por meio da coação moral. Neste contexto, o desatino passa a ter visibilidade marcada no plano dos personagens sociais, que são representados por tipos identificáveis que a sociedade reconhece e isola, tais quais: o devasso, o dissipador, o homossexual, o mágico, o suicida e o libertino, todos candidatos ao confinamento. O uso que se faz do internamento indica jogos de censura e repressão inclusive em relação a certas formas de liberdade de pensar e, neste sentido, o libertino característico do século XVIII desliza para o mundo da insanidade passível de punição moral.

A libertinagem, no século XVIII, é o uso da razão alienada no desatino do coração. E nessa medida

não há nenhum paradoxo em deixar que se aproximem, como o fizera o internamento clássico, os “libertinos” daqueles que professam o erro religioso: protestantes ou inventores de qualquer outro sistema novo. (FOUCAULT, 1972[1961], p.101).

O uso da história como instrumento de problematização requer cuidados para que não se cometa anacronismos. Por isso, Foucault deixa claro em suas explicações que o internamento característico da época clássica não possuía uma unidade institucional como a conhecemos hoje. O contexto social descrito através das fontes e documentos estudados por Foucault demonstra que na época clássica os hospitais gerais possuíam um caráter estrito de polícia, haja vista que seu funcionamento não era pautado na conduta ou preceitos médicos, psicológicos ou psiquiátricos, mas nos padrões morais defendidos pelas instituições da época e seu arranjos políticos. A influência da igreja atuava num nível mais sutil, pois apesar de não estar mais no centro do poder político, a sua doutrina encontra-se no berço das famílias burguesas, que passam a ser uma das instituições centrais no processo de fiscalização moral, que encontra no internamento um recurso para manter os padrões da ordem familiar, contratados através do casamento. O agenciamento do internamento como um aparato policial funcionando sob o discurso da razão e ordem social, encontra ressonância na instituição familiar, que traça o “circulo de sua razão” a serviço da moral burguesa, atrelando-se a ideia de ordem social à ordem familiar.

Num certo sentido, o internamento e todo regime policial que o envolve servem para controlar uma certa ordem na estrutura familiar, que vale ao mesmo tempo como regra social e norma da razão. A família com suas exigências, torna-se um dos critérios essenciais da razão; e é ela, sobretudo, que pede e obtém o internamento. (FOUCAULT, 1972[1961], p.90).

Estas dinâmicas institucionais inauguraram uma nova sensibilidade no sentido de “dessacralizar” o amor através do contrato do casamento, que desloca para o universo do desatino todos os impulsos e paixões ameaçadores à ordem familiar. Neste contexto, os valores e normas morais da família burguesa dominam e orientam a ética sexual, excluindo e marginalizando tudo o que for contrário à sua ordem e ao seu interesse.

De acordo com os estudos e análises de Foucault, a partir do século XIX o conflito entre o indivíduo e a família toma um caráter particular, assumindo um sentido psicológico para aquilo que esteve ligado à ordem pública durante o período da grande internação. Neste período, predominava a vigilância moral ligada à ordem pública, de maneira que toda cidade interessava-se pelos padrões da estrutura familiar, funcionando a partir de um “estatuto moral universal”. Segundo Foucault, “todo aquele que feria essa estrutura passava para o mundo do desatino. E foi assim, na forma maior da sensibilidade ao desatino, que a família um dia, poderá constituir-se no topo dos conflitos onde nascem as diversas formas da loucura”. (FOUCAULT, 1972[1961], p.92)

A época clássica, com seu recurso característico da “grande internação” reunia uma pluralidade de condutas desviantes da norma moral da época, incluindo o louco nesse universo condenável que implicava na culpabilidade por sua condição e ações. De certa maneira, a psicopatologia não deixa de ser uma tentativa de realocar essa culpabilidade na doença mental, de maneira que se utiliza destes espaços e procedimentos desenvolvidos na época clássica para legitimar as práticas médicas que levariam à sistematização do saber psiquiátrico a partir da repressão, marcação, segregação e exclusão social, pois, tal como afirma Foucault (1972[1961], p.93) “nosso conhecimento científico e médico da loucura repousa implicitamente sobre a constituição anterior de uma experiência ética do desatino.”

Apoiando-se num olhar histórico, Foucault analisa as mudanças e rupturas que acontecem na sociedade Ocidental e criam as condições de existência para invenção do saber psiquiátrico e suas práticas tão marcados e presentes na modernidade a partir do século XIX. Ainda que excluído e marginalizado, o louco do período clássico ainda não carregava o estigma de doente mental, e nem estava ainda submetido às práticas psiquiátricas e seus diagnósticos. Birman (apud AMARANTE, 1998, p. 23) coloca que:

[...] essa transformação crucial no lugar simbólico da loucura na cultura ocidental remodelou os eixos antropológicos de sua existência histórica, pois deslocou a relação crucial existente no Renascimento entre as figuras da loucura e da verdade.

Concomitantemente à ascensão do discurso científico positivista no século XIX, a loucura enquanto desrazão passa a ser objeto de estudo

e normatização do saber médico psiquiátrico, que a identifica como doença mental. Inserido nesse universo de diferenciação, exclusão e demarcação é que o louco passa a ser foco de interesse, de investigação e categorização do saber médico, que o submete aos dispositivos de medicalização e terapeutização característicos da prática médica. O poder psiquiátrico desenvolveu seu campo de verdade sobre a loucura a partir das práticas de internação herdadas da Idade Clássica, e que mantinham o louco ou insano, dentre outros personagens marginalizados, num status de prisioneiro, sem direitos ou escolhas, pois “[...] a instância médica que, como vocês vão ver, funciona como poder muito antes de funcionar como saber.” (FOUCAULT, 1973/1974, p.5).

Em 1801, Philipe Pinel lança na França seu “Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou mania”, no qual detalha seu método psicologicamente orientado, e ganhou grande notoriedade no que diz respeito ao tratamento da loucura na sua época, inclusive sendo reconhecido como um dos precursores da psiquiatria moderna, que libertou o louco das “correntes indiscriminadas” do período da grande internação. No século XIX, a ciência positivista presidia a produção de saber e verdades, e deu sustentação teórica ao processo de categorização dos sintomas inaugurada por Pinel. Seus estudos minuciosos e categóricos sobre os comportamentos desviantes dos internos do hospício de *Sapêtrière* (início do século XIX) contribuíram definitivamente para a inscrição da loucura no interior das Ciências Médicas. O caráter da terapêutica da loucura, segundo a visão de Pinel, em seu Tratado Médico e Filosófico (1801), propunha-se a ser:

[...] a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa de suas ideias. (PINEL apud FOUCAULT, 1973/1974, p.11).

Em seu curso “O poder Psiquiátrico”, realizado em 1973/1974, Michel Foucault desloca o enfoque dado à “História da Loucura”, em que investiga as experiências e percepções sobre a loucura na Era Clássica, para investir nas práticas e estratégias asilares enquanto dispositivo disciplinar e em seus mecanismos e instrumentos de funcionamento a partir do saber-poder médico psiquiátrico, que assume a tarefa de “curar” o louco. A psiquiatria opera enquanto dispositivo de poder, ou seja,

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. (FOUCAULT, 1979, p.244).

Neste sentido, pode-se dizer que existe um dispositivo psiquiátrico de normalização das condutas com ramificações nos diferentes níveis e segmentos sociais. A demarcação do louco enquanto doente mental deslocou a concepção de erro e desvio moral, que sustentava o aprisionamento dos loucos na Era Clássica, para a condição de doente, portanto necessitando de internação e terapêuticas que tinham como justificativa a busca da cura.

[...] o fato de que se trata, não mais de reconhecer o erro do louco, mas de situar muito exatamente o ponto em que a força desencadeada da loucura deflagra sua insurreição: qual é o ponto, qual é o domínio, a propósito do qual a força vai desencadear e aparecer, abalando inteiramente o comportamento do indivíduo. (FOUCAULT, 1973/1974, p. 11).

Neste contexto, o saber médico se instaurou nas instituições asilares, apoiado nas condições necessárias para a construção do saber psiquiátrico pautado nos pressupostos científicos. A “ordem disciplinar” requisitada nestas instituições criou as condições para o desenvolvimento do saber médico psiquiátrico, assim como serviu de instrumento de sua própria terapêutica.

Não há por que se espantar muito”, escreve Pinel, “com a importância extrema que dou à manutenção da calma e da ordem num hospício de alienados, e as qualidades físicas e morais que essa vigilância requer, uma vez que essa é uma das bases fundamentais do tratamento da mania e que sem ela não obtemos nem observações exatas, nem uma cura permanente, não importando quanto se insista, de resto, com os medicamentos mais elogiados. (PINEL apud FOUCAULT, 1973/1974, p. 4-5).

A historicização do processo de constituição do poder psiquiátrico moderno culminou em amplas críticas e produções teóricas no sentido de desnaturalizar a doença mental, problematizando práticas decorrentes da concepção patologizante dos comportamentos tidos como desviantes pelo olhar psiquiátrico. Neste tipo de enfoque, o sujeito é suprimido pelo diagnóstico, passando a ser mero objeto de estudo e tutela médica. Mas a psiquiatria clássica foi desenvolvendo uma crise tanto teórica quanto prática ao longo do século XX, o que forçou o seu aprimoramento e adaptação a novas exigências. A partir dessas crises surgiram novas experiências psiquiátricas, que levaram aos questionamentos das práticas asilares como terapêuticas, bem como a necessidade de extensão da psiquiatria ao espaço público, influenciando na sua reorganização com o objetivo de promover e prevenir a saúde mental. O seu objeto de estudos, então, deixaria de ser a doença mental, para ser a promoção de saúde mental, chegando à configuração contemporânea do campo.

Após a II Guerra Mundial ocorreu a ampliação e intensificação das discussões pelos direitos humanos ao redor do mundo, e foi neste cenário que nasceram os movimentos em favor de reformas psiquiátricas, que suspeitavam do papel e da natureza da instituição asilar e do saber psiquiátrico. Neste contexto, surge a psicoterapia institucional na França e as comunidades terapêuticas nos EUA e Inglaterra, movimentos que tentam resgatar a credibilidade do hospital psiquiátrico enquanto um espaço asilar de cura, propondo reformas a nível asilar e institucional. Em seguida, surge a psiquiatria de setor na França e a psiquiatria preventiva nos EUA, que reclamam reformas para além do espaço asilar, defendendo a extensão da psiquiatria ao espaço público, com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental. Esta transposição do olhar psiquiátrico do indivíduo isolado para a esfera pública promoveu o deslocamento da patologização psiquiátrica para o corpo social, gerando mecanismos de controle, mensuração e classificação de eventos e comportamentos sociais, no sentido de uma normatização da sociedade e das relações sociais. Desta forma, aproximam-se as vinculações entre a justiça e a medicina, e suas práticas de cooperações sob o argumento de promoção da saúde e da segurança pública.

Um período de proliferação de experiências de resistência e contestação à Psiquiatria Tradicional ganha visibilidade em diferentes locais do globo. Na década de 60, surge a Antipsiquiatria na Inglaterra, representada por psiquiatras reformistas como Ronal Laing, David Cooper e Aaron Esterson, que tinham ampla experiência em psiquiatria

clínica e psicanálise, e inauguraram uma crítica radical ao saber e às práticas psiquiátricas hegemônicas da época, a fim de escancarar seus limites no trato com a loucura e seus pretensos cientificismos. O contexto histórico deste período era muito fecundo: favorável aos questionamentos críticos e contrário à ordem vigente, tendo surgido nele os famosos movimentos da “contracultura”, alicerçados por novas filosofias e concepções como a fenomenologia, o existencialismo e os próprios trabalhos críticos e históricos de Michel Foucault.

Cooper expressa sua fundamentação da crítica ao saber e práticas psiquiátrica, levantando o problema como uma questão de princípios, e não dos meios técnicos de aperfeiçoamento dos manicômios como os movimentos anteriores ainda o faziam. Diz ele que:

[...] existem certos princípios das Ciências Naturais que foram importados sem qualificação, por alguns pesquisadores, para o campo das ciências do homem e foram, então, proclamados como desideratos, se não essenciais ou pré condições de qualquer estudo que se pretendesse científico. Esta tendência conduziu a uma infinita confusão metodológica e a repetidas tentativas de provar os termos nos quais ‘prova’ constitui uma impossibilidade *a priori* neste campo. (COOPER, 1989, p.18).

A experiência italiana foi encabeçada por Franco Basaglia e ficou conhecida como Psiquiatria Democrática italiana. Este movimento teve grande repercussão e influência em outros lugares do mundo, inclusive aqui no Brasil. A ideia central deste movimento é o resgate da cidadania do louco, e isto implica numa revisão histórica e crítica sobre a maneira com a qual a sociedade lida com o sofrimento e com a diferença. O movimento liderado por Basaglia opera uma ruptura em relação ao modelo hegemônico até então, uma vez que coloca no centro da questão a organização das relações sociais e econômicas e considera os movimentos sociais como atores concretos no processo de reorganização dos serviços. As experiências e iniciativas postas em prática em Trieste, na Itália, serviram de referência e estímulo para criação de novas possibilidades de tratamento e intervenção junto à comunidade, levando em consideração os movimentos sociais e a participação e reconhecimento do sujeito no processo de seu próprio tratamento, bem como o respeito a seus direitos de cidadão. Tal como explica Barros (apud AMARANTE, 1998, p. 46):

[...] os italianos postulavam a necessidade de um processo em que a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que este momento de sofrimento existencial e social se modificasse.

Assim, Franco Basaglia, na Itália, e a Antipsiquiatria de David Cooper, na Inglaterra, representaram rupturas dos modelos de reforma psiquiátrica propostos anteriormente, os quais defendiam uma concepção que continuava considerando o manicômio como instituição de cura. Apoiado por contundentes críticas à Psiquiatria tradicional e seus fragilizados mecanismos de atuação, ganha força o movimento pela desinstitucionalização da loucura, sendo entendida não apenas como desospitalização, mas num sentido amplo de impacto nas relações sociais cotidianas, de maneira que implica na superação dos dispositivos e mecanismos de categorização, de controle e exclusão historicamente construídos pelo saber e pelas práticas psiquiátricas.

A partir de uma abordagem crítica em relação à concepção estigmatizante da loucura, que vê o louco em contrapartida ao sujeito da razão, tão exaltado na modernidade, compreendemos que a mudança no atendimento e assistência nesta área passa por uma transformação na concepção de sujeito, de mundo e, consequentemente, da própria loucura enquanto categoria de segregação e exclusão social. Nesse sentido, Souza (2008, p. 443) afirma que:

O trabalho psicológico no atendimento daquele que porta sofrimento psíquico demanda articular a teoria e a intervenção a concepções sobre a constituição psíquica, o sofrimento, a terapia, a partir de referenciais epistêmicos e ontológicos que extrapolem a concepções modernas de saber e de sujeito. De forma mais específica, o saber centrado no sujeito universal necessita ser problematizado em favor do saber que releva o singular tanto na constituição subjetiva quanto na prática terapêutica.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA: DE UMA REALIDADE MANICOMIAL ACERCA DA LOUCURA A UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No início da década de 80, os movimentos sociais entraram num processo intenso de participação na luta pela democratização do país. A inclusão das pautas reivindicadas por eles na construção das políticas públicas do país encontrou forte ressonância na área da saúde. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, foi formulada a proposta de Reforma Sanitária, a qual estabelecia uma mudança profunda na concepção e *modus operandis* do sistema de saúde pública do país. Estas mudanças implicavam modificar o olhar sobre a saúde como um estado ideal de ausência de enfermidades e doenças, para relevar os processos que implicam na qualidade de vida das pessoas e comunidades, incluindo as condições materiais e os fatores culturais e sociais.

As reivindicações do movimento pela Reforma Sanitária encontraram forte eco na saúde mental, passando a exigir uma reestruturação completa do modelo de funcionamento manicomial, tendo como referência as experiências de desinstitucionalização da Psiquiatria desenvolvidas por Franco Basaglia em Gorizia e em Trieste, na Itália, nos anos 70. A insatisfação com o modelo psiquiátrico manicomial começou a ser denunciada pelos próprios trabalhadores de saúde mental, que consideravam as práticas em tais instituições como violentas, ineficazes e abusivas. O evento disparador do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil ficou conhecido como a “Crise da DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental” (AMARANTE, 1998, p.51), que era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas públicas de saúde mental. Em abril de 1978, foi deflagrada uma greve em quatro unidades hospitalares da DINSAM, dentre elas: o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), o Hospital Pinel, a Colônia Juliano Moreira (CJM) e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todos no Rio de Janeiro. Desta greve resultou a demissão de vários profissionais e estagiários, que se somou a outras situações de precariedade dos postos de trabalho na saúde mental sob responsabilidade da DINSAM. Tornaram-se frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo, mortes não esclarecidas e atos de violência contra pacientes e os próprios trabalhadores das Unidades Psiquiátricas. Os trabalhadores decidiram inverter os papéis que vinham desempenhando nas violentas realidades em que também colaboravam com a sua perpetuação e reprodução diária. De opressores passaram a

coadjuvantes na luta pelo respeito e direitos das pessoas acometidas por sofrimentos psíquicos severos.

A partir desta mobilização, os trabalhadores de saúde mental assumiram um novo papel crítico em relação ao modelo manicomial, decorrendo deste processo o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) no Brasil. Neste cenário de questionamentos acerca do tema da saúde (mental) e dos serviços manicomiais no país, foi encaminhada a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

As Conferências Nacionais passam a ter um caráter participativo na 8ª Conferência de Saúde e, a partir deste exemplo, foi encaminhada a I Conferência Nacional de Saúde Mental para se discutir e construir diretrizes para políticas públicas específicas na área da Saúde Mental. Os relatos encontrados nas pesquisas revelam que os embates começaram desde os primeiros passos para organização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987). Durante este processo de Conferência

[...] a DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), que era o órgão responsável pela área de saúde mental do Ministério da Saúde, e a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) tentaram dar ao evento um caráter congressual, isto é, de encontro científico de psiquiatras e profissionais de saúde mental, contrariando o que havia sido decidido na VIII Conferência Nacional de Saúde. Realizada em março de 1986, a 8 Conferência de Saúde inicia uma mudança radical no caráter destes eventos. Deixa de ser um mero encontro de técnicos e burocratas para ser um evento de participação popular, onde participam técnicos, burocratas e políticos, mas também partidos políticos, associações de moradores e de usuários, pastorais, sindicatos etc. (AMARANTE, 1998, p.70).

O clima de embates se alongou ao início da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em cuja sessão de abertura, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) rejeitou o regimento, o estatuto e a nomeação prévia da comissão de redação, bem como o pré-relatório final que já havia sido elaborado antes mesmo do início da Conferência. A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) cederam diante das mobilizações e pressões, e o MTSM passou a coordenar o evento,

introduzindo os grupos de trabalho, definindo os encaminhamentos e indicando os integrantes das comissões.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu de 25 a 28 de Junho de 1987 e contou com a participação de 176 delegados, entre usuários e demais segmentos representativos da sociedade. Os delegados foram eleitos nas pré-conferências estaduais. É importante lembrar que no momento em que ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o país estava em processo de abertura e democratização política. Neste contexto de construção de uma nova ordem constitucional, o relatório final foi bastante permeado pelo fervor de mudanças e “conquistas sociais”, que se intensificavam nos processos das Conferências. Estas não deixam de representar a inclusão de segmentos da sociedade civil na construção das políticas públicas, possibilitando o confronto de opiniões e interesses. Neste sentido, a mudança do regime político para o Estado de Direito, implicou em mudanças que levaram a conflitos de interesses entre segmentos e estruturas viciadas advindas do sistema centralizado e ditatorial, que passaram a se confrontar com parcelas da sociedade que vinham ampliando a participação na vida política do país, representando diversos segmentos.

Neste processo de mudanças e embates que antecederam a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorreram encontros que demonstravam preocupação com a liberdade de se criticar livremente as políticas oficiais para o setor de saúde mental. Assim, foi proposta a criação de um “Fórum independente” (MTSM 1987 apud AMARANTE, 1998, p.78), que possibilitasse um mínimo de liberdade para criticar aspectos da realidade vigente, e também discutir e encaminhar ações sobre as práticas, desejos e organização do movimento.

O processo de realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental explicitou um forte impasse entre o modelo centrado no hospital e no saber médico-psiquiátrico e o modelo que se apoia numa visão ampliada de saúde, que considera fatores sociais, materiais e culturais como elementos determinantes para saúde do cidadão. “A (I) Conferência foi realizada em um clima de intensas discussões e o seu relatório final ficou para a história do movimento da reforma psiquiátrica, que fez prevalecer suas teses em praticamente todos os temas”. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASSUI, 2001, p. 12).

A Conferência foi organizada e realizada a partir de três temas centrais que orientaram as discussões nos grupos de trabalhos e que resultaram no Relatório final. Foram eles:

- I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;
 - II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
 - III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.
- (BRASIL, 1987, p.3).

O relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental propõe que:

[...] o conceito de saúde deve ser ampliado e, ainda, passar por uma mudança significativa destes determinantes das condições materiais de vida. Neste sentido, não basta apenas a reformulação do setor saúde para obter melhorias na expectativa de vida da população brasileira, é fundamental que esse novo conceito de saúde permeie a implementação de todas as políticas sociais do Estado. (BRASIL, 1987, p.12).

A abordagem do tema I se deu de maneira crítica em relação ao modelo econômico altamente centralizador, especialmente após o golpe militar de 1964. Percebe-se uma tendência política claramente marcada em alguns trechos do relatório, onde há denúncia da precariedade das condições materiais de vida da maioria da população brasileira, escancarando as contradições nas ações do Estado brasileiro, que ora defende políticas públicas efetivas, ora continua determinando as ações em favor dos interesses de pequenos grupos.

O setor de saúde mental espelha as contradições desta organização social brasileira, onde o Estado capitalista procura estabelecer políticas sociais que o legitime, embora sem responder às necessidades sentidas na área social, o que significa que esta é tratada como um setor de choque, de contenção, de controle da insatisfação popular, sem se constituir em terreno de transformação real. O governo, que se constitui na direção do Estado, espelha os interesses das classes empresariais que contribuem na sua manutenção política, o que leva a uma posição contraditória do Estado e estabelece o divórcio entre o seu discurso e sua prática social. (BRASIL, 1987, p.12).

O tema II explicita a estreita relação da luta pela transformação dos serviços de saúde mental com as reivindicações da reforma sanitária, em especial no que diz respeito à priorização dos serviços extra-hospitalares e descentralizados, de maneira a reverter a hegemonia da estrutura manicomial asilar como mecanismo no serviço de saúde mental até aquele momento. O relatório insere as reivindicações específicas da área da Saúde Mental num contexto de transformação social mais amplo, além da mudança do modelo assistencial e da reorganização dos serviços. O item II tratou ainda da Política para Recursos Humanos, um tema estratégico para a viabilização das transformações almejadas. As diretrizes para os recursos humanos estabeleciam uma concepção democrática e defendiam princípios que garantissem transparência nos processos de trabalho e vínculos empregatícios, a fim de evitar os autoritarismos e abusos de poder através de indicações e manobras de beneficiamentos pessoais em detrimento da qualidade do serviço para a população e respeito à dignidade e direitos do trabalhador.

O tema III aponta a necessidade de reformulações em nível de legislação, enfatizando o conceito de cidadão, tanto para inclusão de direitos dos usuários quanto para questões trabalhistas na interface trabalho/saúde mental, e explicita a necessidade de prudência ao se classificar um comportamento social desviante como doença mental, a fim de evitar práticas que se utilizem dos saberes psiquiátricos como mecanismos de discriminação e exclusão. O relatório defende ainda recomendações à Comissão de Sistematização da Assembleia Nacional Constituinte, que partem do princípio que a saúde é um dever do Estado e um direito de todos e, neste sentido, aponta a necessidade de mudanças em nível de legislação civil no que se refere às interdições e definições dos estados de incapacidade civil: “A interdição deverá estar restrita quando houver ameaça aos bens públicos, aos bens próprios e perigo de agressão física” (BRASIL, 1987, p.23). As propostas apontam diretrizes para mudanças no Código Penal Brasileiro, bem como indicações para a legislação sanitária e psiquiátrica, incluindo o tema da infância e da adolescência, que até aquele momento não dispunha de política e nem de legislação específica no tocante à saúde mental, ao mesmo tempo em que sofria pela escassez de recursos humanos especializados.

Em decorrência de reuniões que ocorreram durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental definiu a necessidade de menos atrelamento do Movimento ao Estado, a fim de manter o espírito de renovação e independência. Desta maneira, encaminharam a realização

do II Congresso do MTSM, que aconteceu de 3 a 6 de dezembro de 1987, na cidade de Bauru (AMARANTE, 1998, p.80). Este encontro ocorreu com base em três eixos norteadores das discussões: 1) Por uma sociedade sem manicômios; 2) Organização dos trabalhadores de Saúde Mental; e 3) Análise e reflexão das práticas concretas.

Este evento ficou marcado na história do movimento, pois nestas circunstâncias ocorreu a primeira manifestação pública, em que 350 trabalhadores de saúde mental presentes no congresso saíram às ruas de Bauru defendendo o fim dos manicômios no país. Este levante demarcou uma ruptura política e epistemológica no que diz respeito à loucura e seus desdobramentos na sociedade, de maneira que os trabalhadores de saúde mental definiram que não mais queriam ser agentes de exclusão e discriminação, mas definiram uma estratégia de parceria com os movimentos populares e a classe trabalhadora organizada, a fim de transformar a realidade manicomial no país.

A partir de 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental passou a ser denominado Movimento da Luta Antimanicomial, identificando-se como um movimento por uma Sociedade sem Manicômios, no qual usuários, técnicos e familiares aliaram-se no desafio de manter o caráter pluralista do movimento e consolidar amplitude e intervenção política na sociedade. Este movimento ganhou força com o projeto de lei 3.657/89, que propunha a substituição dos hospitais psiquiátricos por outras práticas assistenciais. Estas práticas assistenciais alternativas criaram condições para o surgimento de propostas e ações dos serviços substitutivos aos manicômios.

A concepção ampliada de saúde em discussão no final da década de 80 no país definiu as condições de possibilidade para a criação e formalização dos princípios fundamentais norteadores do SUS no início da década de 90. Os princípios fundamentais do SUS são: acesso universal e igualitário a ações e serviços, participação comunitária, rede regionalizada e hierarquizada e descentralização.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à

coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990a, p.1).

Em 1990, aconteceu a Conferência de Caracas, que reuniu vários países das Américas, e expressou insatisfação com os limites da assistência psiquiátrica hegemônica, produzindo uma carta/declaração que estabeleceu diretrizes para a reformulação da assistência psiquiátrica tradicional para um modelo centrado nas comunidades e suas redes sociais. É importante salientar que a Conferência de Caracas serviu como um meio para alinhar as diretrizes políticas e encaminhamentos práticos para a mudança dos serviços de assistências em saúde mental dos países das Américas e Caribe, partindo do princípio da insuficiência e falência do modelo manicomial. A necessidade de atualização da legislação sobre o tema, a fim de garantir a promoção dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental, perpassava a realidade de todos os países envolvidos. O documento trata o tema de maneira comum a partir das referências da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde, que estabeleciam que o Atendimento Primário de Saúde devia ser a estratégia adotada e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos no ano 2000.

Além de denunciar as defasagens do modelo psiquiátrico/hospitalocêntrico, a carta/declaração de Caracas coloca em evidência as novas exigências para integração da comunidade aos serviços básicos de saúde, estabelecendo objetivos para que estes sejam descentralizados, participativos, integrais, contínuos e preventivos. Neste sentido, o modelo estritamente hospitalocêntrico encontrava-se na contramão destas prerrogativas que passavam a nortear a nível internacional as políticas públicas em saúde mental. Os encaminhamentos de mudanças propostos partem dos princípios:

2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados, ao:a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social. b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental

das populações, dos serviços de saúde e outros setores. (CARACAS, 1990, p.1).

Este encontro teve importante influência nos embates no Brasil, e representou um ânimo político a mais para aqueles que já vinham insatisfeitos com o modelo hegemônico da psiquiatria. Este processo marcado por conflitos de interesses e posicionamentos políticos e históricos implicou em diferentes mudanças institucionais, em especial nos setores da saúde e da assistência/previdência social.

Em agosto de 1992, ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde, que aprovou encaminhamento para o fortalecimento da luta pela vida, ética e municipalização da saúde, e lançou fundamentos para municipalização e valorização de políticas a nível local como estratégia de democratização do Estado e das políticas públicas em saúde. Estas discussões e encaminhamentos ajudaram no processo de construção da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, e congregou diferentes segmentos sociais do país, com o desafio de dar continuidade na construção de propostas que sustentam o entendimento da atenção integral à saúde e da intervenção a nível local/comunitário no campo da saúde mental.

Diante deste contexto, a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) foi precedida de 24 etapas estaduais, 150 conferências de nível municipal ou regional, e contou com cerca de 20 mil pessoas durante todo o processo que culminou na Conferência Nacional de SM realizada em Brasília. Nas etapas estaduais foram eleitos 500 delegados para ir à Conferência Nacional (BRASIL, 1994, p.4). As eleições dos delegados seguiram a lógica de paridade entre os segmentos: usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviços.

O relatório da II CNSM é iniciado com uma apresentação em que se faz uma breve contextualização histórica sobre os eventos e processos históricos que precederam e possibilitaram a realização desta Conferência. Esta apresentação faz referência à VIII Conferência Nacional de Saúde, à I Conferência Nacional de Saúde Mental, ao II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, à Conferência de Caracas e à IX Conferência Nacional de Saúde como eventos que serviram como propulsores da transformação da assistência em saúde mental em processo no país. Um diferencial marcante deste evento foi a participação, desde a Comissão Organizadora, de diferentes segmentos envolvidos no processo da Reforma Psiquiátrica em questão, entre eles: associações de usuários e familiares, conselhos da área de saúde, prestadores de serviços, governos e entidades da sociedade civil.

O tema norteador do encontro teve como marco conceitual “Atenção Integral e Cidadania”, e propunha uma concepção processual de saúde/doença e uma intervenção contextualizada que respeitasse a cidadania dos sujeitos em atendimento.

O processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades. A vida exige uma abordagem abrangente no campo da Saúde Mental, capaz de romper com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito com as dissociações mente/corpo, trabalho/prazer, tão frequentes na abordagem dos serviços de saúde. (BRASIL, 1994, p.6).

O documento final do evento foi organizado em três partes, com enfoques principais no modelo de atenção e direitos de cidadania. A primeira parte subdividiu-se em um capítulo sobre a Atenção Integral e outro sobre cidadania, e registra a importância dos princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação. O relatório enfatiza a necessidade de transformação do modelo hospitalocêntrico para a criação de uma rede de serviços devidamente qualificados e com diversidade nas suas capacidades assistenciais, de maneira a respeitar a integridade dos cidadãos. As propostas reivindicam serviços alternativos aos hospitais estritamente psiquiátricos, tais como unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais com funcionamento 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência e cooperativas de trabalho. O documento reforça ainda a necessidade de atentar-se para a desinstitucionalização de todas as instâncias que carregam caráter manicomial, a fim de interligar diferentes iniciativas de políticas sociais como educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação. Desta maneira, a intersetorialidade já estava em pauta como meio para promover e colocar em prática as mudanças preconizadas pelos princípios e valores da nova concepção de saúde. No que diz respeito à municipalização e territorialização dos serviços e gestão da saúde, é proposta a criação dos

conselhos regionalizados, a fim de incluir a participação social nas deliberações do setor.

O relatório enfatiza a necessidade de desinstitucionalização dos próprios trabalhadores em saúde mental, a fim de desconstruírem seus “manicômios mentais” (BRASIL, 1994) para poderem pensar e agir de maneira mais humana e respeitosa na promoção da saúde. Desta maneira, estabelece que a atuação dos profissionais e técnicos no campo deve se dar através de equipe multiprofissional, com a participação de profissionais de diferentes áreas, inclusive que não são tradicionalmente do setor da saúde, tais como trabalhadores das áreas artística, cultural e educacional. Sobre esta temática inclui ainda a importância de articulação com os setores populares, de maneira respeitosa aos saberes e culturas locais.

O capítulo II do relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental refere-se ao conceito de cidadania. Este é utilizado numa perspectiva histórica e tido como produto concreto das problematizações da sociedade. Desta maneira, o relatório defende que a busca da cidadania para as pessoas consideradas portadoras de transtornos mentais deve estar vinculada à luta pela cidadania do povo brasileiro como um todo e, por isso, deve envolver as diferentes instituições públicas e sociais, bem como aproximar os segmentos numa busca comum entre os profissionais, usuários e familiares. O espaço público é problematizado como sendo de caráter fundamental para o exercício de tal cidadania, a partir da valorização da participação do usuário enquanto ator social e construtor de sua própria história, devendo, portanto, ser considerado num processo de organização permanente do poder público e em relação à comunidade em que está inserido. É salientada a importância de estimular o exercício da cidadania desde os processos escolares, de maneira a inserir a escola no processo de produção de subjetividades capazes de atuar em processos emancipatórios.

No que tange à legislação, é reivindicada a mudança da terminologia de “Legislação Psiquiátrica” para “Legislação em Saúde Mental”, a fim de considerar as alterações e consequências práticas e políticas que os termos implicam. Desta maneira, a Legislação deve considerar a concepção ampliada de cidadania para que se valorize a subjetividade dos sujeitos, bem como o direito de vivenciar as crises sem ser subjugados a métodos coercitivos e opressores, como eletroconvulsoterapia (eletrochoque) e outros. As diretrizes solicitam ainda alterações na legislação sobre a reestruturação da assistência, direitos civis, código penal e direitos do usuário. Neste quesito do

relatório é proposto que se altere o enfoque punitivo e coercitivo em relação às drogas, possibilitando uma abordagem de assistência aos usuários, ofertando tratamento e programas sociais de prevenção e incentivando que os cuidados sejam desenvolvidos em centros especializados.

As mudanças e transformações em debate na II Conferência Nacional de Saúde Mental não deveriam ficar restritas ao conhecimento dos segmentos diretamente envolvidos no processo, por isso foram estabelecidas diretrizes para a informação, divulgação e educação, a fim de envolver e informar a sociedade como um todo sobre o processo de construção das diversas formas de atenção à saúde mental. Este processo informativo e educacional propunha uma mudança radical na cultura manicomial a que a sociedade estava acostumada, e propunha incluir programas de divulgação nos meios de comunicação de massa a fim de convocar a sociedade a nível nacional para os processos de mudanças reivindicados. Demarca também a importância da inclusão dos profissionais do meio de comunicação neste debate, a fim de não utilizar a temática das drogas de maneira sensacionalista, evitando reportagens escandalosas e reforçadoras de estigmas acerca dos usuários. A mídia deveria ser incluída no processo educativo, possibilitando maior proximidade entre os técnicos, familiares e comunidades no debate e construção de novas possibilidades de encarar a questão da saúde mental no país.

A segunda parte do relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental trata da Atenção à Saúde Mental e municipalização dos serviços, fazendo exigência quanto ao cumprimento da Lei orgânica de Saúde 8.080/90 e sua complementação (Lei nº 8.142/90), enfatizando a importância do cumprimento das mesmas, a fim de efetivar a municipalização dos serviços e gestão e, por fim, superar os interesses adversos a elas. Indica o resgate dos conceitos de território e responsabilidade como meios de conseguir superar o modelo hospitalocêntrico, priorizando ações distritais, de maneira que se respeitem as particularidades culturais, históricas e sociais de cada território e não se deixe sobrepor os aspectos burocráticos aos mesmos. O relatório estabelece ainda a criação de comissões de saúde mental com base nos princípios da reforma psiquiátrica, que possam funcionar junto aos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde com a finalidade de planejar, implementar e fiscalizar as ações em Saúde Mental, e que devem ter composição paritária entre usuários e prestadores de serviços de Saúde Mental. Por fim, o relatório solicita que se defina o dia 18 de Maio nos calendários oficiais como dia

nacional pela luta Antimanicomial, e que este dia seja representativo da mobilização por uma sociedade sem manicômios, através de atividades em órgãos públicos e privados.

O capítulo IV trata da questão do financiamento para a saúde mental, exigindo mais investimentos para o setor, em respeito aos princípios da lei orgânica de saúde, e que estes sejam destinados a ações e projetos em consonância com a reestruturação do modelo de assistência em saúde mental. Neste quesito é reivindicado o redirecionamento dos recursos, até então destinados à rede de hospitais manicomiais contratados ou conveniados, para a viabilização da rede extra-hospitalar, através de ações integradas e programáticas de saúde mental na rede geral do SUS e da integração entre unidades básicas de saúde, centros de convivência, oficinas terapêuticas e cooperativas, unidades ambulatoriais de tratamento intensivo, centros de atenção psicossocial, lares e oficinas abrigadas fora dos hospitais, bem como a disponibilização de atendimentos emergenciais em saúde mental nos hospitais gerais.

O capítulo seguinte trata do gerenciamento em saúde mental e inicia o texto pedindo a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que havia sido criado no período da ditadura militar e representava uma política centralizadora e de favorecimentos pessoais. As propostas indicam a criação de Conselhos Gestores Tripartites em todos os serviços de saúde mental, compostos por 50% dos usuários organizados, 25% dos trabalhadores do serviço e 25% de representantes da administração pública. Reforça a necessidade de impedir que os cargos de direção e de chefias no serviço público sejam ocupados por proprietários ou sócios de estabelecimentos de saúde da rede privada, determina que os cargos sejam ocupados segundo critérios técnicos e sem que haja exclusividade de nenhuma categoria profissional.

O financiamento no SUS, baseado exclusivamente no referencial de produtividade, deveria ser mudado para mecanismos que considerassem também a qualidade das ações e atendimentos, indicando a necessidade de criação de meios de avaliação que valorizem o conhecimento do território, da realidade local e do tipo de cuidado prestado. Desta maneira, o ingresso nos serviços públicos deveria ser feito exclusivamente por meio de concursos públicos, e toda alocação em caráter emergencial deveria ocorrer sob supervisão dos conselhos de saúde. O documento enfatiza a necessidade de se estabelecer critérios claros e justos para o remanejamento de profissionais de saúde mental

na rede pública, de acordo com as necessidades de cada região e experiência do profissional.

No que diz respeito à vigilância epidemiológica, o relatório indica a importância de inserir o tema saúde mental nas instâncias municipais, com acompanhamento dos dados específicos para planejamento de ações na área e respeito aos princípios do novo modelo de atenção para tais ações. Dentre estas, destaca-se a necessidade de se utilizar recursos da própria comunidade, indica a criação de mecanismos antimanicomiais de avaliação dos serviços prestados e solicita que o Ministério Público atue junto às autoridades sanitárias para que realizem fiscalização periódica e vistoria das instituições de saúde, em especial de saúde mental, visando o cumprimento dos direitos dos usuários. As propostas estabelecem ainda que o Ministério da Saúde, junto com os profissionais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde, realize revisão da legislação referente aos medicamentos e elabore um código sanitário específico para esta questão.

Um tema extremamente importante e estratégico para a realização das mudanças propostas é a questão dos recursos humanos e a formação dos profissionais a partir dos novos princípios que entram em pauta. Portanto, é exigida a capacitação de todo pessoal ligado ao Sistema Único de Saúde, incluindo o tema de atenção em saúde da criança, criando e ampliando as residências interdisciplinares em saúde mental, e promovendo grupos de estudo e reflexão onde os trabalhadores tenham espaço de discussão e construção de saberes críticos em relação às próprias práticas, referenciando os princípios da Reforma em questão. Em se tratando das relações de trabalho e com a comunidade, o documento aponta a necessidade de horizontalizar os serviços e cuidados prestados em saúde mental, incluindo a participação de Associações Cívicas e Comunitárias, com formação de agentes comunitários e conselheiros em dependência química, além da participação de profissionais de diferentes segmentos da sociedade, tais quais artesãos, artistas plásticos, monitores de dança, de música e outros que façam parte da realidade de cada território e possam atuar em parceria com as equipes técnicas dos serviços.

A terceira parte do relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental trata dos direitos e da legislação. As mudanças em andamento conflitavam com a legislação vigente, de modo que é solicitada a revogação do Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934, e preconizada a regulamentação das Leis Orgânicas Municipais acerca da atenção em Saúde Mental. O documento referencia os "Princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da

assistência à saúde mental", da ONU, aprovados em 17 de dezembro de 1991, solicitando encaminhamento dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário a fim de que tais princípios fossem incluídos na legislação brasileira com alcance nacional. Além disso, convoca o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a adotarem os princípios do projeto de lei do deputado federal Paulo Delgado como diretrizes para a política em saúde mental, com o objetivo de encaminhar a substituição do modelo de tratamento manicomial por outros serviços extra-hospitalares que garantissem o respeito aos direitos dos usuários e não os deixassem desassistidos com as iniciativas de fechamentos dos hospitais psiquiátricos.

O tema do direito de cidadania dos usuários é abordado na parte III do relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, o qual sustenta que as propostas exigem mecanismos legais que proíbam o uso de práticas violentas, tais como camisa de força, ECT (eletrochoque), medicação em excesso e psicocirurgias. Este item do relatório dispõe ainda sobre as internações involuntárias, aquelas que ocorrem sem o consentimento do paciente, estabelecendo que elas devem ser comunicadas ao Ministério Público, à autoridade sanitária e ao Conselho Local de Saúde (através da Comissão de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica) no prazo de 48 horas para, em seguida, serem analisadas por uma comissão interdisciplinar que avalie cada caso, devendo haver pronunciamento sobre a real necessidade e legalidade da internação, que deveria ocorrer somente como último recurso a ser utilizado, apenas quando todos os outros meios que pudessem tornar a internação desnecessária tivessem sido esgotados.

Os mesmos direitos assegurados aos deficientes físicos na constituição de 1988 deveriam ser assegurados para as pessoas acometidas com transtornos mentais, e é cobrada do Ministério da Saúde a criação de uma Comissão de Proteção dos Direitos de Cidadania da Criança e do Adolescente portadores de sofrimento mental, tendo como base o Estatuto da Criança e do Adolescente. O relatório propõe criar meios de pressionar o poder legislativo para encaminhar a aprovação do projeto de lei do deputado federal Paulo Delgado, haja vista a sua importância para as discussões e mudanças em processo, e pede a criação de mecanismos de contratação pelos órgãos públicos, especialmente através de Cooperativas e Associações Sociais, de maneira a incluir serviços de pessoas portadoras de transtornos mentais e deficiências. Indica a necessidade de parcerias entre o Ministério da Saúde e do Trabalho, para criar uma área ministerial que trate da

questão da saúde mental do trabalhador, bem como instrumentos de pesquisa, intervenção, cidadania e segurança.

A legislação referente a drogas deveria ser alterada de maneira a descriminalizar o usuário e dependente de álcool e outras drogas para que, ao invés de ser tratado como criminoso, possa ter acesso a serviços de saúde especializados, com garantia de não ser discriminado. As propostas deste item solicitam ainda a proibição de veiculação de propaganda direta ou indireta, nos meios de comunicação, de fumo, álcool, agrotóxicos e medicamentos, exceto nos casos de publicações técnicas e especializadas relacionadas a estes últimos.

O último quesito do relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental trata dos direitos dos usuários, propondo a elaboração de uma carta de direitos dos usuários do Brasil, que conte com a participação de entidades civis, movimentos sociais e associações implicadas. Instrumentos como este devem ser construídos para possibilitar aos usuários lutar pelos seus direitos já conquistados. O relatório defende responsabilizar os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para que acionem o Ministério Público para a apuração de maus tratos aos usuários dos serviços ou casos de internação irregular ou ilegal. O documento indica ainda que o diagnóstico e os encaminhamentos para o tratamento devem ser feitos por uma equipe multiprofissional, e que o usuário, seus familiares ou entidades civis têm o direito garantido de questionar as decisões e encaminhamentos feitos pela equipe.

As propostas defendidas neste encontro implicaram uma reformulação conceitual ampla e, neste contexto, começou a operar a concepção de Atenção Psicossocial, em contrapartida ao modelo organicista de doença mental sustentado pela psiquiatria clássica, que conduz a protocolos de assistência pautados na normalização do sujeito. O Modo de Atenção Psicossocial veio a ser fortalecido com a inclusão dos parâmetros sociais e culturais como determinantes na condição e qualidade da vida do sujeito.

Neste sentido, Costa-Rosa (apud COSTA-ROSA; LUZIO; YASSUI, 2001, p.13) pontua quatro pilares fundamentais para fazer funcionar a assistência segundo o Modo de Atenção Psicossocial.

O primeiro pilar é a superação da relação sujeito-objeto, predominante na relação cientificista da maior parte das intervenções médicas que se limitam às questões orgânicas do indivíduo. Esta mudança implica em considerar e valorizar a subjetividade e a história do usuário de maneira singular.

O segundo pilar refere-se às relações intrainstitucionais e reforça a ideia de horizontalização, com a distinção obrigatória entre as esferas do poder decisório, de origem política, e as esferas do poder da coordenação, com tendência mais operativa. Esta mudança deve operar na mesma direção das relações interprofissionais que acontecem dentro da instituição assistencial. “Preconiza-se, ao mesmo tempo, a horizontalização das relações interprofissionais como condição básica para horizontalização da relação com os usuários e a população da área.” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASSUI, 2001, p.13).

O terceiro pilar remete a uma reformulação na maneira como a instituição se configura no espaço geográfico, no imaginário e no simbólico. O foco da assistência é retirado do interior das instituições para alcançar os limites do território nas relações comunitárias.

Como quarto pilar da atenção psicossocial destaca-se a ética dos efeitos das práticas e a preconização da superação de uma ética adaptativa, que pretende nas ações assistenciais a adequação do indivíduo ao meio e do ego à realidade. Em contrapartida, é proposta a ética de duplo eixo, que considera, por um lado, a relação sujeito-desejo e, por outro, a dimensão carecimentos-ideais, garantindo a meta da consideração da subjetividade singularizada, tanto na relação com os usuários quanto na relação com a comunidade do território.

Entre os anos de 1993 e 2001, ocorreram oficialmente cinco Encontros Nacionais do Movimento da Luta Antimanicomial, que se define como um movimento social autônomo, pluralista, democrático e solidário e busca manter parcerias com outros movimentos sociais e constituir parcerias que garantam a sua legitimidade na sociedade. O processo de articulação e execução dos encontros explicitava divergências e conflitos entre os diferentes segmentos que vinham se aglutinando na luta, mas se uniam no objetivo de fazer frente às instituições manicomiais e na busca pelo reconhecimento como movimento social para dar seguimento às propostas de mudanças no que concerne ao tratamento em saúde mental no Brasil.

A Lei Paulo Delgado foi aprovada no ano de 2001 e transitou nas casas legislativas por mais de dez anos. Esta lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Lei 10.216/2001), regulamentando o processo de Reforma Psiquiátrica no país e propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios em território nacional. Ela representa o início das lutas do movimento pela Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos no país.

As transformações operadas pelas práticas da Reforma Psiquiátrica implicam mudanças em diferentes dimensões da sociedade relacionadas com a área da saúde mental, dentre as quais destaco: o campo teórico-conceitual, o técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. O campo teórico-conceitual refere-se a conceitos sobre saúde mental construídos principalmente pela psiquiatria e psicologia, tais como: alienação, doença mental, normalidade e anormalidade, terapêutica e cura, razão, conceitos que subsidiam a prática. O campo técnico-assistencial, juntamente à reconceitualização teórica, refere-se ao modelo assistencial e seus dispositivos e mecanismos de atendimento. O campo político-jurídico refere-se à criação e às alterações na legislação com relação aos direitos e à assistência do portador de sofrimento mental.

A dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica haja vista que pretende transformar o lugar social da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e a loucura. (SCALVAZARA, 2006, p.26).

Já o embate entre o modelo manicomial psiquiátrico e o Modo de Atenção Psicossocial persiste, pois ele exprime, antes de qualquer coisa, um embate entre verdades, valores, práticas, saberes e posições que estão em jogo e disputas na nossa sociedade contemporânea e se deparam no campo da Saúde Mental. Desta maneira, após as reformulações jurídicas acerca da assistência ao sujeito com diagnóstico psiquiátrico e sobre as instituições manicomiais, percebe-se uma reorganização do poder Psiquiátrico. Ele andava muito criticado e vulnerável, pois teve o seu “império”, representado pelos manicômios, abalado e, por isso, precisou se adaptar às novas configurações e exigências do campo, movimento este que continua em processo e é constituído por muitos conflitos, encontros e desencontros entre as diferentes partes envolvidas.

No decorrer do período de unidade do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e de seus encontros foram se acirrando conflitos e divergências internas que culminaram em sua ruptura entre lideranças e partes envolvidas no quinto encontro do movimento, que ocorreu no ano de 2001. O movimento de luta antimanicomial é um movimento social e, portanto, deve ser encarado enquanto um conjunto de “ações coletivas de caráter fragmentário e heterogêneo que destinam

boa parte de suas energias e recursos para o gerenciamento de sua complexidade.” (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007, p.400).

Apesar das divergências e desgastes internos, as partes envolvidas aglutinaram-se num objetivo maior pelo fim dos manicômios e suas práticas no país, com o objetivo de construir políticas e caminhos futuros. Desta maneira, foi organizada e realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com um movimento dividido, mas com objetivos em comum que os aproximava em defesa do fim dos manicômios no Brasil, bem como a implantação e consolidação de uma rede substitutiva eficiente.

O relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental apresenta uma breve contextualização histórica do processo da Reforma Psiquiátrica no país até o momento de sua realização em dezembro de 2001. Na breve contextualização histórica descrita no início do relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, são citados os eventos que foram referenciados no relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental e que foram indicados anteriormente neste texto, somando-se às diretrizes propostas pela Organização Mundial de Saúde para o ano de 2001, que tinham como tema geral “Cuidar sim, excluir não” (OMS, 2001), reafirmando o princípio ético para a reestruturação dos serviços em saúde mental a nível internacional. Este princípio ético sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) acabou funcionando como temário geral do evento, que acrescentou princípios específicos do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de incluir elementos da política local no título geral que ficou definido como: “Cuidar Sim, excluir não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social.” (BRASIL, 2001).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu de 11 a 15 de Dezembro de 2001, e foi precedida de 163 Conferências Municipais e 173 Microrregionais e Regionais. O relatório explica que onde não foi possível realizar conferências municipais ou regionais, foram feitas plenárias para discussão e encaminhamento de propostas. Destaca ainda a consolidação da presença e participação ativa de usuários e familiares. Calculou-se a participação de 30.000 pessoas nesta etapa. Na segunda etapa, todos os 27 estados da federação realizaram conferências estaduais, congregando cerca de 20.000 participantes. A Conferência Nacional em Brasília teve participação de 1.480 inscritos regulares, aos quais se somaram cerca de 220 pessoas que transitaram nas atividades, num total de 1.700 participantes. Ocorreu ainda a participação de convidados internacionais da Itália, Espanha, Estados Unidos, Portugal,

Suiça e de representantes da Organização Panamericana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

Neste encontro foi elaborado um amplo relatório, estabelecendo princípios e diretrizes que contemplassem uma reorganização do serviço em saúde mental e os caminhos para se concretizarem tais serviços. Os principais temas norteadores desse documento foram: reorientação do modelo assistencial em saúde mental, recursos humanos, financiamento, acessibilidade, direito e cidadania e controle social. Para atingir estas diretrizes, o documento enfatiza a importância de os três níveis do poder público, municipal, estadual e federal, estarem engajados, atuando em parceria para a real efetivação destas mudanças.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social; respeitem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estaduais; e priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental. A implantação de políticas de saúde mental deve ser considerada como prioridade de saúde pública no País e os estados e municípios devem desenvolver uma política de saúde mental no contexto do SUS, com orientação única, inserida nos respectivos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, respeitando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade. As políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. É de fundamental importância a integração desta política com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania. (BRASIL, 2001, p.24).

É importante salientar que a III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu num contexto político que vinha tentando dar continuidade às propostas e diretrizes indicadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental e já contava com um número significativo de

exemplos espalhados pelo país de serviços substitutivos em funcionamento, demonstrando a possibilidade real de tratamentos outros que não o manicomial-hospitalocêntrico. Ademais, não havia completado um ano da aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Paulo Delgado (Lei 10.216/2001), que foi um marco importante para consolidação de novas possibilidades na reorientação dos serviços de assistência em saúde mental no país.

Ocorreram ainda eventos de alcance nacional, que serviram como preparativo para a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Dentre eles destaca-se o Seminário Nacional de “Direito e Saúde Mental”, realizado na Câmara dos Deputados nos dias 22 e 23 de novembro de 2001, onde foi discutida a regulamentação e aplicação da Lei n.º 10.216/01, com ênfase nos direitos dos usuários e nas responsabilidades institucionais do Ministério Público relativas ao tema. Ocorreu também, no Rio de Janeiro, o Seminário Nacional sobre Infância e Adolescência, realizado nos dias 3 e 4 de dezembro. Outro fato que sucedeu neste período e teve destaque foi o lançamento da edição em português do “Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança” (OMS, 2001), da Organização Mundial da Saúde.

O primeiro capítulo do relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental trata da reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental, reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social, em respeito às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federais e Estaduais, que definem a construção da rede de atenção integral em saúde mental como prioridade para as políticas pública do setor. O relatório estabelece a inclusão social e o respeito às diferenças na sociedade como pilares fundamentais de sustentação para o devido funcionamento em rede dos serviços e sugere que as políticas públicas se integrem com outras políticas sociais dos diversos segmentos para ampliar possibilidade de exercício da tão almejada cidadania.

A substituição dos hospitais psiquiátricos continua sendo uma prioridade para superação do modelo manicomial, que até aquele momento ainda representavam 88% dos investimentos do setor, mas que deveria ser efetivamente substituído por uma rede de serviços integrada, priorizando a saúde enquanto processo, e não como um estado ideal de ausência de doenças. Diante desta concepção ampliada de saúde, o cuidado ético, a inclusão social e cidadã, bem como a emancipação do sujeito, só ficam condicionadas à oferta de serviços territorializados e integrados à rede de saúde, para que se realizem ações de proteção,

promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental. Para se atingir tais objetivos, o texto do relatório aponta a importância de que:

[...] as práticas em saúde mental sejam pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a autoestima, a autonomia e a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação. (BRASIL, 2001, p.25).

O primeiro capítulo, que trata da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, é subdividido em treze subitens, referentes a: 1- Política de saúde mental e a Organização dos serviços, com 29 propostas aprovadas e compiladas pela relatoria do evento (cita Lei n.º 10.216/01, CAPS, Portaria/SNAS n.º 224/92); 2- Responsabilidade do Gestor, com 21 propostas específicas (cita Portaria/GM n.º 799/00); 3- Planejamento (4 propostas); 4-Auditoria, Controle e Avaliação (12 propostas); 5- Desinstitucionalização, este subitem subdividi-se ainda em 5.1 Superação do modelo asilar (10 propostas), 5.2 Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos (24 propostas), 5.3. Serviços Residenciais Terapêuticos (2 propostas - cita Portaria/GM n.º 106/00), 5.4. Trabalho e geração de renda (cita SESI, SESC, SENAI, SENAC, FAT e Secretarias Estadual e Municipal do Trabalho) (10 propostas); 6- Controle da internação psiquiátrica (4 propostas); 7- Acesso à rede de atenção (3 propostas); 8- Atenção Básica (15 propostas); 9- O lugar do hospital geral na rede de atenção (3); 10- Assistência farmacêutica e exames complementares (3); 11- Intersetorialidade (6); 12- Atenção à criança e ao adolescente; 13- Atenção aos usuários de álcool e outras drogas (21).

O capítulo II do relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental trata de Recursos Humanos. Este capítulo reforça os Princípios e Diretrizes que devem guiar a política de Saúde Mental no que diz respeito aos Recursos Humanos, de maneira que devem operar em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde, que:

Para isso, ela deve garantir: a capacitação e qualificação continuadas, através da criação de fóruns e dispositivos permanentes de construção teórica, científica, prática terapêutica e de intercâmbio entre serviços; a remuneração justa dos profissionais; a garantia de condições de

trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, contemplando os momentos de planejamento, implantação e avaliação, e a transformação dos processos de trabalho visando a superação das formas verticalizadas de gestão; a incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles. (BRASIL, 2001, p. 68).

O Capítulo III refere-se ao Financiamento, o Capítulo IV enfoca a Acessibilidade, o capítulo V versa sobre Direitos e Cidadania, o capítulo VI é sobre Controle Social, e ao final as Moções, Composição da Comissão Organizadora e por fim os Anexos.

4 IV CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL - INTERSETORIAL

Dentre os vários documentos já produzidos na construção do Sistema Único de Saúde, apresentam-se os “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS” (NOB/RH-SUS, 2002), que é mais um dos instrumentos elaborados através da participação da sociedade organizada com o objetivo de marcar a necessidade de valorizar os profissionais na implantação dos modelos assistenciais e regular as relações de trabalho no setor saúde. Este documento estabelece que:

As Conferências e os Conselhos de saúde são instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo, por expressa disposição legal. A lei conferiu ao Conselho o caráter permanente e deliberativo, cabendo-lhe a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada nível de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo correspondentes. (BRASIL, 2002, p. 11).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) originou-se da Resolução nº 433 do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministro da Saúde em 14 de janeiro de 2010. Foi instituída com base na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. De acordo com o regimento o objetivo foi “debater temas relevantes para o campo da Saúde Mental, assim como os avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, na perspectiva da intersetorialidade.” (regimento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial). (BRASIL, 2010a).

O processo de planejamento, organização e realização da conferência foi definido preliminarmente através do regimento interno, publicado em 09 de fevereiro de 2010. Este documento definiu os fundamentos legais de referência e os objetivos; os critérios e data de realização das etapas precedentes à etapa nacional; o temário oficial; a proporção dos participantes, as disposições para a organização e as responsabilidades sobre os recursos. Segue o cronograma estabelecido no regimento interno para a realização das etapas:

Art. 4º - As etapas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial

deverão ser realizadas observando-se as datas-limites expostas a seguir:

I - Etapa Municipal e/ou Regional – 08/03 a 15/04 (2010)

II - Etapa Estadual – 26/04 a 23/05 (2010)

III - Etapa Nacional – 27 a 30 de junho (2010)

§ 1º - Os delegados dos Estados para a etapa nacional serão indicados nas respectivas etapas estaduais. (BRASIL, 2010a).

A convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial foi, então, oficializada pelo Presidente da República no dia 29 de abril de 2010, através de decreto no Diário Oficial, que estabeleceu os mesmos eixos temáticos e orientações para as discussões nos grupos de trabalhos nos três níveis da conferência. A organização e realização das etapas municipais/regionais, estaduais e distrital deveriam estar em consonância com as diretrizes do decreto presidencial, tal como se segue:

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição, D E C R E T A:

Art. 1º Fica convocada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, a realizar-se no período de 26 a 30 de junho de 2010, em Brasília, Distrito Federal, sob a coordenação do Ministério da Saúde, com o tema: "Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios". § 1º A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial será precedida de etapas municipais ou regionais, estaduais e distrital, nas quais serão eleitos os delegados que participarão do evento, representando os usuários de serviços de saúde, os profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços de saúde. § 2º Além dos delegados referidos no § 1º, participarão da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial os delegados intersetoriais, eleitos, também, nas etapas municipais ou regionais, estaduais e distrital. (BRASIL, 2010).

O tema completo da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial foi “Saúde Mental: Direito e Compromisso de todos – Consolidar Avanços e Enfrentar Desafios”. O tema foi dividido em três

eixos: Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais (eixo da política e da pactuação); Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais (eixo do cuidado) e Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial (eixo da intersectorialidade). Cada eixo foi dividido em 9 subtemas, totalizando 27 subeixos para serem discutidos e gerarem as propostas a serem encaminhadas pelos delegados inscritos, cuja representação proporcional deveria seguir a seguinte distribuição:

Em todas as etapas da Conferência, 70% dos delegados e observadores deverão ser representantes da saúde, enquanto 30% serão representantes de parceiros intersetoriais. Os representantes da saúde deverão ser eleitos sob o critério de paridade estabelecido na Resolução 333/203 do Conselho Nacional de Saúde (CNS):

- 1) 50% representantes dos usuários dos serviços de saúde
- 2) 25% representantes dos profissionais de saúde
- 3) 25% representantes de gestores e prestadores de serviços de saúde.

(BRASIL, 2010a).

Com base nessas disposições foram implementadas e realizadas as três etapas da IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial, lembrando que o pesquisador participou das três etapas como delegado inscrito pelo segmento intersetorial, o que facilitou acesso aos materiais de apoio e realização de cada etapa, além de viabilizar observações participantes em cada evento. Portanto, segue a descrição da realização das conferências e de seus respectivos relatórios.

4.1 ETAPA MUNICIPAL - IV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL

A etapa municipal foi realizada no dia 17 de abril de 2010 na cidade de Florianópolis; as inscrições para a participação foram abertas a todos, não sendo preciso estar vinculado a uma instituição legal para poder participar e ter representatividade no evento. O único segmento que precisou de uma instituição legal para poder ter representatividade na participação da IV CNSM-I foi o segmento intersetorial, que aparecia como uma novidade no campo das representatividades oficiais nesse espaço político que são as conferências. A intersectorialidade surge como estratégia de envolver ou aproximar outros segmentos da sociedade na

construção de políticas públicas integradas, que possam promover novas parcerias e possibilidades para os usuários e os serviços de saúde mental ou rede substitutiva. No cenário municipal, a participação do segmento intersetorial foi importante na medida em que abriu novas reflexões, mas em nível das ações, as parcerias ainda são incipientes, senão, inexistentes. As instituições que participaram da votação deste segmento foram: ONG de direitos humanos, APAE, Universidades, entidades de classes (Psicologia, Assistência Social), escola municipal, associação de bairro, grupo cultural. O relatório final da etapa municipal traz ainda uma observação ao final, dizendo que um delegado eleito pelo segmento intersetorial estava com a inscrição irregular, por representar outro setor, por isso manteve-se o delegado mais eleito e o primeiro suplente.

Dentro deste contexto, a intersetorialidade só poderia ter um representante com poder de voto, caso este apresentasse um documento de alguma instituição com inscrição jurídica, o que restringiu a participação oficial de outros grupos culturais que não são formalizados juridicamente. Nestes casos, a orientação era inscrever-se no segmento usuários, para colaborar na participação do processo político, debates e votações. A intersetorialidade já é um tema que vem sendo discutido no campo da saúde, sob a perspectiva integral de saúde que considera os aspectos sociais e culturais do sujeito, mas no campo da saúde mental este segmento foi introduzido oficialmente na IV Conferência como uma estratégia de avançar nas diretrizes da reforma psiquiátrica, de maneira que os usuários e serviços públicos possam efetivar parcerias entre diferentes segmentos da sociedade com objetivo de ampliar possibilidades de tratamento e desenvolvimento do usuário.

Antes do início oficial da conferência municipal já ocorriam mobilizações entre os diferentes segmentos e representações presentes. Neste sentido foi possível perceber algumas articulações entre os indivíduos que já vinham mantendo contato através de reuniões pré-conferência municipal, que ocorreram como meio de reivindicar a realização da etapa municipal, pois inicialmente existiria uma etapa regional envolvendo todos os municípios da grande Florianópolis. A proposta inicial de fazer uma etapa regional por parte da Secretaria e do Conselho de Saúde Municipal gerou uma mobilização entre técnicos, profissionais e alguns usuários que participam do Movimento da Luta Antimanicomial. Este processo gerou alguns embates e perseguições políticas, culminando na realocação de alguns funcionários do CAPS II que estavam envolvidos na mobilização do movimento junto com os usuários. Estes embates acabaram por fazer com que a conferência ocorresse a nível municipal, pois o município sede – São José (SC) – da

etapa que seria regional teria desistido. Diante deste contexto, os posicionamentos e agrupamento dos indivíduos refletiam seus pactos e interesses políticos. Os posicionamentos tendiam a uma polarização entre os representantes da gestão e os interesses que este segmento representava, e os usuários e técnicos-profissionais² simpatizantes ou ligados ao Movimento da Luta Antimanicomial do município de Florianópolis.

Alguns momentos explicitaram certos conflitos e tensões advindos do processo descrito acima, e num dado momento na mesa de abertura, o secretário fala que “é um compromisso da Secretária Municipal a realização da Conferência na busca pela Reforma Psiquiátrica Manicomial”^e, logo em seguida, alguém da plateia grita que é “Antimanicomial”, fazendo com que o secretário corrigisse de imediato seu ligeiro equívoco. Este episódio simples e ligeiro demonstrou certo clima de tensão presente na plenária, haja vista que nestes momentos e espaços políticos os gestores ficam expostos e sujeitos a críticas e questionamentos, além de ela ser um espaço com alguma abertura para o debate e confronto sobre as divergências neste complexo campo de saber-poder.

Após os protocolos oficiais de toda reunião de Estado, foram abertos os trabalhos da Conferência, abrindo espaço para a exposição de um representante do Ministério da Saúde, que fez uma apresentação geral sobre os projetos e planos do Governo Federal em relação às diversidades. Não tratou de questões relacionadas ao processo e contexto da IV CNSM-I ou sobre tema específico da saúde mental, tampouco sobre o processo da reforma psiquiátrica, de maneira que demonstrou maior investimento na apresentação de ações do governo e pouca contextualização das práticas em saúde mental no contexto dos serviços propostos como substitutivos ao manicômio.

Após a abertura e as manifestações iniciais, foi lido o regulamento do evento. Neste momento houve objeções que levaram à votação em plenária sobre os quesitos que geraram polêmica sobre as normas de funcionamento da conferência municipal. No período da tarde, deu-se início a quatro grupos de trabalho, que foram subdivididos em três eixos principais:

I – Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais;

² No contexto da conferência municipal havia técnicos/profissionais que faziam parte do movimento da Luta Antimanicomial e outros ligados ou simpatizantes com os posicionamentos da gestão.

II – Consolidando a rede de atenção psicossocial e fortalecendo os movimentos sociais;

III – Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial;

De acordo com o regulamento da etapa municipal da IV Conferência de Saúde Mental - Intersectorial, os grupos de trabalho deveriam ser compostos por participantes e convidados credenciados, por um coordenador e um relator, eleitos dentro do próprio grupo. Os participantes receberam no momento da inscrição um documento com orientações referentes aos eixos e subeixos da IV Conferência, elaboradas pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, que deveriam nortear as discussões e a construção das propostas nas etapas municipais, estaduais e nacional. Cada grupo de trabalho contou com um sistematizador em microcomputadores indicado pela comissão organizadora, que foi o responsável em repassar no máximo seis propostas sobre cada eixo principal elaboradas e definidas pelo grupo para irem à votação na Plenária Final. As discussões do grupo de trabalho muitas vezes tomavam um caráter pessoal, inclusive com alguns posicionamentos bastante emocionados e exaltados. Neste sentido havia um coordenador, para que tentasse garantir a discussão e encaminhamento das seis propostas referentes ao eixo de cada grupo para plenária final.

Na plenária final aconteceu a apresentação das propostas, assim como a defesa e a votação dos destaques e moções. No momento seguinte, cada segmento se reuniu e ocorreu a eleição dos delegados e seus respectivos suplentes para a etapa estadual da IV Conferência de Saúde Mental - Intersectorial. O relatório final da etapa municipal da IV Conferência foi organizado a partir das seis propostas de cada grupo de trabalho, sendo que houve dois grupos referentes ao eixo II, que tratava da rede de atenção psicossocial e o fortalecimento dos movimentos sociais, totalizando doze propostas para este eixo.

4.1.1 Relatório final da etapa municipal – Florianópolis

O relatório final da IV Conferência Municipal de Saúde Mental - Intersectorial apresenta seis propostas relativas a cada grupo de discussão.

No eixo I - Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersectoriais (eixo da política e da pactuação) foram aprovadas as seguintes propostas:

1- Criar emergências e leitos em saúde mental em hospital geral, residências terapêuticas e CAPS III de acordo com critérios epidemiológicos, considerando as necessidades de estruturação da rede antes da implantação de novos serviços respeitando a lógica da reforma psiquiátrica.

2- Expandir, nas três esferas do governo, os indicadores de saúde mental.

3- Criar o piso de atenção à saúde mental (que o teto financeiro da saúde mental seja calculado e transferido para os municípios de acordo com a capacidade instalada de cada CAPS, segundo portaria 336/02 e não por produção).

4- Regularizar a lei complementar municipal 358/2009

5- Resgatar e manter, no conselho municipal de saúde, uma comissão permanente de saúde mental - intersetorial, respeitando a paridade do SUS, com a função de acompanhar e fiscalizar a implementação da Reforma Psiquiátrica no município.

6- Instituir, no sistema nacional de auditoria, junto às três esferas de governo, uma ação específica de fiscalização das subvenções e convênios com as instituições da área da saúde mental. (SANTA CATARINA, 2010b).

O eixo 2 - Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais (eixo do cuidado); teve dois grupos de discussão, somando doze propostas aprovadas, que são:

1-Ampliar a rede de atenção substitutiva, com criação de centros de convivência e cultura e CAPS de acordo com as necessidades identificadas no território e com a Portaria 336.

2-Pactuar, no colegiado regional de gestores, linha de cuidado de atendimento de crises/urgências e emergências para crianças, adolescentes, adultos e idosos, incluindo leitos em hospital geral, emergência e sistema de transporte.

3-Criar e manter os conselhos de saúde dos três níveis de governos comissões setoriais permanentes paritárias de saúde mental, que deverão cumprir a função de acompanhar e fiscalizar o andamento da reforma psiquiátrica, com sugestão de incluir como primeira pauta

municipal, o modelo assistencial das comunidades terapêuticas.

4-Criar grupo de trabalho para definir indicadores para levantamento de necessidades assistenciais em saúde mental com base em territorialização.

5-Criação de redes intersetoriais nos três níveis de governo para definição de políticas de saúde mental infanto-juvenil.

6-Adequação da cobertura e do processo de trabalho dos NASF (trabalhar perto do limite inferior) e das ESF (3.500 pessoas e 2.500 em áreas de interesse social), com pactuação entre os serviços de linhas de cuidado coordenadas pela Atenção Primária à Saúde e integrando os serviços e ações de saúde mental (CAPS e outros) ao restante da rede de saúde. (SANTA CATARINA, 2010b).

Grupo 2 do eixo II:

1-Criar mecanismos de avaliação, acompanhamento, planejamento e fiscalização contínua da rede de serviços ou saúde do SUS/Saúde mental do município de Florianópolis com a participação da sociedade civil, em particular, dos usuários e familiares, rearticulando a comissão de saúde mental no conselho municipal de saúde, garantindo que no mínimo 5% do orçamento da saúde das três esferas do governo sejam distribuídas às ações de saúde mental, conforme indicação da Organização Mundial de Saúde (OMS).

2-Que o Ministério da Saúde, os estados e municípios garantam o cumprimento da política nacional de saúde mental, com ênfase na criação e manutenção de comissão de saúde mental vinculadas aos respectivos conselhos.

3-Garantir a prevenção, promoção, recuperação e a reabilitação da saúde mental na rede de saúde, responsabilizando as três esferas de governo pela educação permanente destas equipes em consonância com a política nacional de saúde mental com garantia de condições de trabalho: saúde do trabalhador, transporte, capacitação e supervisão das equipes de saúde mental em intervenções clínico-institucionais; capacitação

multiprofissional e intersetorial em saúde mental (SAUMU, escolas municipais, guarda municipal, Ministério público, Conselho tutelar...), em consonância com a política nacional de saúde mental.

4-Ampliar a rede de atenção substitutiva, respeitando o disposto na Lei federal n. 10.216, através da criação e expansão de serviços substitutivos de base comunitária que ofereçam atenção à saúde mental conforme princípios da reforma psiquiátrica: residência terapêutica, centro de convivência e cultura, leitos em hospitais gerais para adultos e crianças, além da inserção de outros serviços de base comunitária, criando o CAPS III articulados a serviços de emergência em saúde mental e leitos em hospital geral.

5-Garantir o espaço de construção coletiva e intersetorial da política de saúde mental no município de Florianópolis.

6-Garantia da participação paritária de usuários, gestores e profissionais nos conselhos locais de saúde e rearticular a comissão de saúde mental no município. (SANTA CATARINA, 2010b).

As propostas elaboradas no Eixo III: Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial (eixo da intersetorialidade), foram:

1-Criar estratégias para que a intersetorialidade aconteça, tais como: garantia de um plano integrado de ações intersetoriais; articulação com a rede de cultura e saúde; criação de um comitê intersetorial; fomento do programa saúde escolar com a inserção de temas transversais como: álcool e drogas, loucura, diferentes tipos de transtornos mentais, estigma, preconceito, discriminação, orientação, raça e cor, idade e diferentes deficiências; criar estratégias e acesso dos usuários aos espaços de cultura, por exemplo, garantir a meia entrada para as pessoas portadoras de transtorno mental; criação do programa cidade acolhedora.

2- Fomento da participação social, em suas várias formas, dentre outros, dos conselhos locais, municipais e estaduais, movimentos sociais e associação de usuários, através, por exemplo, da

garantia de acesso dos usuários e curso de formação política, comissões de saúde mental vinculadas aos respectivos conselhos de saúde.

3-Articular o trabalho em saúde mental criando meios de acolher as vítimas de violência.

4-Implantar projetos de geração de renda na ótica da economia solidária, pactuada intersetorialmente (Universidades, secretaria de assistência social, educação, cultura, saúde, dentre outros), com a participação de usuários, visando a autonomia destes e de seus familiares.

5-Fomentar e apoiar metodologias específicas de empoderamento, como as de autoconhecimento e gestão autônoma da medicação, de grupos de ajuda e suporte mútuos, e do plano e o cartão de crise.

6-Publicização e fomento à discussão das diretrizes do GT de desinstitucionalização do colegiado de políticas públicas de Santa Catarina. (SANTA CATARINA, 2010b).

No total, foram encaminhadas 24 propostas da etapa municipal de Florianópolis para a etapa estadual, conforme consta no relatório final da etapa municipal de Florianópolis. Estas propostas foram organizadas juntamente com outras propostas produzidas nas demais conferências municipais e regionais do estado de Santa Catarina para serem encaminhadas para discussão na etapa estadual.

O relatório final de cada etapa da IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial corresponde à amplitude e alcance de cada evento, e apresentam o mesmo tema e eixos de discussão. De acordo com o funcionamento progressivo das conferências, as propostas devem ter coerência nas diferentes etapas, já que as propostas partem da conferência municipal, devendo ser discutidas e votadas na etapa estadual, e a partir desta são encaminhadas para discussão e votação na etapa nacional, passando ainda pelo filtro final da relatoria.

4.2 ETAPA ESTADUAL – IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL

A IV Conferência Estadual de Saúde Mental - Intersetorial de Santa Catarina foi realizada nos dias 20 e 21 de Maio de 2010, na cidade de Florianópolis. De acordo com relatório final desta etapa, ocorreram 10 conferências municipais e 24 conferências regionais, totalizando a

participação de 257 municípios do estado (anexo 7 do relatório final etapa estadual IVCSM) nas etapas precedentes à Conferência Estadual. Estes números representam 88% dos municípios do Estado de Santa Catarina.

Após o credenciamento, a apreciação e a aprovação do regulamento pela plenária, houve uma palestra de abertura com o tema “Reforma Psiquiátrica: avanços e desafios”. Depois da palestra de abertura, ocorreu uma mesa sobre o eixo temático do cuidado, com o título “Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial”. Foram apresentados os seguintes temas: projeto terapêutico, acolhimento e vínculo; Atenção à crise e processos de trabalho e produção do cuidado: saúde do trabalhador e particularmente do trabalhador de saúde mental em Santa Catarina.

No período vespertino, ocorreu uma mesa com enfoque no eixo da gestão e da pactuação, com o título: “Saúde Mental e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais”. Nesta mesa foram feitas quatro exposições sobre: a política estadual de saúde mental; saúde mental, atenção primária e promoção da saúde; álcool e outras drogas; e seguridade social: previdência, assistência social e saúde. No mesmo momento em que ocorria esta mesa redonda, acontecia uma reunião do segmento usuários, que reuniu lideranças de todo o estado, e já se percebia uma articulação com vistas à eleição dos delegados para participar da etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial em Brasília.

Após a segunda mesa redonda, os participantes foram divididos em dez grupos de trabalhos, com subtemas definidos a partir dos três eixos temáticos principais. A partir do eixo I (eixo da pactuação - Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais) foram formados três grupos. O primeiro grupo deveria discutir: a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e o SUS; Financiamento; Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental. O grupo II tratou de políticas sociais e gestão intersetorial; participação social, formulação de políticas e controle social; organização e consolidação da rede. Já o grupo III discutiu: formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental; gestão do trabalho em saúde mental; pesquisa de assistência farmacêutica.

Em relação ao Eixo dois, eixo do cuidado - consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais, foram formados quatro grupos que discutiram: centro de atenção psicossocial como dispositivo estratégico; atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços; desinstitucionalização, inclusão e proteção social: serviços

residenciais terapêuticos, Programa “De volta para casa” e articulação intersetorial no território. O grupo 5 tinha como pauta: saúde mental na atenção primária e promoção de saúde/práticas clínicas no território; cotidiano nos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado; saúde mental do trabalhador. O grupo 6 discutiu sobre a garantia de acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidade em relação à raça/etnia, gênero e grupos geracionais; saúde do idoso, da mulher e LGBTT; saúde da população indígena. O quarto grupo do eixo II discutiu acerca da: saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade; álcool e outras drogas/redução de danos e comunidades terapêuticas: um desafio para a saúde e para as políticas intersetoriais.

O Eixo III, Intersetorialidade - Direitos Humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial, foi subdividido em três grupos. O grupo 8 tratou dos direitos humanos e cidadania; justiça e sistema de garantia de direitos: hospital de custódia e tratamento psiquiátrico/medidas socioeducativas/privação de liberdade. O grupo 9 teve como enfoque: seguridade social: previdência, assistência social e saúde; educação, inclusão e cidadania; trabalho, geração de renda e economia solidária. O grupo 10 discutiu sobre: organização e mobilização dos usuários e familiares de saúde mental; cultura e diversidade cultural; informação, comunicação e relação com a mídia.

Diante da apresentação do amplo leque de temas que foram abordados pelos dez grupos de trabalho, podemos constatar a amplitude e complexidade a que os temas saúde mental e intersetorialidade remetem na atualidade. Além disto, muitos temas são interligados, e por isso houve muitas discussões sobre até que ponto cabia determinada discussão naquele grupo temático específico. Estas dificuldades demandavam grande esforço coletivo para redigir as propostas numa perspectiva transversal, mantendo, ao mesmo tempo, as prioridades do eixo e temas específicos de cada grupo de trabalho.

O segundo dia da IV Conferência Estadual de Saúde Mental - Intersetorial começou com a terceira mesa redonda do evento, que tratou do tema “Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial.” Houve palestras sobre: fortalecimento de movimentos sociais, organização de usuários e familiares e reflexões sobre o controle social em Santa Catarina; inclusão social: gestão do trabalho, geração de renda e economia solidária; judicialização da sociedade e da saúde mental: da internação à interdição.

As mesas foram coordenadas por usuários envolvidos na militância do Movimento da Luta Antimanicomial do estado, numa proposta de protagonismo na organização e participação ativa no evento. No período vespertino do segundo dia de conferência, os grupos de trabalhos reuniram-se com a finalidade de terminar de discutir e organizar as propostas para a plenária final. Vale lembrar que as propostas discutidas nos grupos de trabalho deveriam ser oriundas das conferências municipais ou regionais que precederam a etapa estadual, mas o material organizado pela relatoria estava muito confuso, dificultando o acompanhamento das discussões. Além disso, houve muitas reclamações pela ausência de propostas que haviam sido aprovadas em diferentes etapas municipais ou regionais, e que não constavam no documento das propostas apresentado pela organização do evento, o que fez com que os coordenadores dos grupos abrissem a possibilidade de inserir propostas que os delegados achassem que não estavam contempladas, e que tinham sido encaminhadas pelo seu município ou região.

Na plenária final da etapa estadual foram apresentados os documentos elaborados pelos grupos de trabalho, e houve votação de cada proposta que seria encaminhada para a etapa nacional. Este momento se prolongou exaustivamente, passando bastante do horário programado, o que fez a plenária ir se esvaziando com o decorrer do tempo. Apesar disto, não deixou de ter calorosas discussões e argumentações sobre as diferentes proposições, e desta maneira foram sendo definidas as propostas que seriam encaminhadas para Brasília. Após a plenária final, os participantes que ainda resistiam no evento foram agrupados de acordo com o segmento em que estavam inscritos para proceder à votação dos delegados que iriam à etapa nacional. Neste momento, já se percebia algumas articulações e mobilizações de lideranças que visavam à participação no evento nacional.

Na reunião para a votação dos delegados de Santa Catarina havia uma considerável diversidade de setores da sociedade representando a intersetorialidade. Por isso, foram discutidos três critérios para tentar nortear o processo de votação dos delegados do estado para a etapa nacional. O primeiro critério levantado por um delegado foi tentar conseguir representação de todas as regiões do estado de Santa Catarina, a fim de garantir a descentralização na representação do estado. O segundo critério foi tentar incluir o maior número de setores envolvidos diretamente na interface com a saúde mental, e o terceiro critério foi experiência e compromisso com os princípios da Reforma Psiquiátrica que cada delegado demonstrava ter. Eu estava inscrito no segmento

intersetorial, e por isto participei do processo de votação deste segmento. Fui eleito como delegado do município de Florianópolis para representar o segmento intersetorial do Estado de Santa Catarina na etapa nacional.

De acordo com o relatório final da IV Conferência Estadual foram credenciados 468 participantes nesta etapa, sendo 396 delegados, 24 observadores, 18 convidados e 30 participantes da comissão organizadora. No segmento usuários foram inscritos 187 participantes, com direito a 10 vagas para delegados para etapa nacional. Houve 123 profissionais da saúde inscritos com 5 vagas para este segmento escolher seus representantes para etapa seguinte. O segmento intersetorial teve a inscrição de 30 participantes, com direito a 10 vagas para representação na etapa nacional. Prestadores e gestores tiveram 56 inscritos, e tiveram direito de escolher 5 representantes para irem a Brasília. Houve ainda a inclusão de 3 vagas para observadores.

Ao final de todo processo de escolha dos delegados, deveria haver encerramento da plenária pela coordenadora do evento com homologação dos delegados eleitos em seus segmentos. Este processo final gerou muitas discussões, pois já se aproximava da meia-noite, e muitas pessoas já não estavam presentes, como indicava o regulamento da conferência para a homologação dos delegados eleitos para próxima etapa. Mas muitas pessoas, principalmente aquelas procedentes de outras cidades, tinham avião ou ônibus marcado para retornarem a seus municípios, e por isso não ficaram até o encerramento da plenária final, o que gerou manifestação de alguns participantes que não foram eleitos e reivindicavam o cumprimento do regulamento “à risca”. Foi preciso então mobilizar a plenária para votação, já que ela tinha autonomia para decidir sobre o regulamento, e diante desta situação foi votada a validade das indicações dos delegados mesmo que não estivessem presentes no encerramento oficial da plenária final da IV Conferência Estadual de Saúde Mental-Intersetorial.

4.2.1 Relatório final da etapa estadual - SC

As propostas do relatório estadual são apresentadas com as seguintes classificações e siglas:

- PPN- proposta prioritária para nível nacional
- PPE proposta prioritária para nível estadual
- PNPN proposta não prioritária para nível nacional

- PNPE proposta não prioritária para nível estadual
 - PNPSE proposta não prioritária sem especificação de nível
- (SANTA CATARINA, 2010a, p.18).

No caso do relatório estadual as propostas foram organizadas através dos subeixos, sendo identificadas pelas siglas citadas acima, para facilitar o encaminhamento das propostas para etapa nacional. O eixo 1 - Saúde mental e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais, teve 24 propostas consideradas prioritárias para nível nacional (PPN). O subeixo 1.1 – Organização e consolidação da rede teve duas propostas prioritárias para nível nacional (PPN), que foram:

PPN - criar indicadores/marcadores de saúde mental junto ao sistema de informação da atenção básica e também instrumento de coleta de dados e acompanhamento, bem como a inclusão no SIAB (sistema de informação na atenção básica) dos códigos dos sofrimentos psíquicos e de usuários de substâncias psicoativas;

PPN - rever as portarias que sustentam a criação e implementação de serviços de saúde mental no SUS. (SANTA CATARINA, 2010a, p. 4).

O subeixo 1.2 - Financiamento possui 8 PPN, que versam sobre a responsabilização dos três níveis de governo no investimento em saúde mental, através de programas de promoção, prevenção e reabilitação de usuários de substâncias psicoativas, residências terapêuticas. Versa ainda sobre a necessidade de investimento para capacitação e projetos para saúde mental da criança e adolescente.

O subeixo 1.3 - Gestão do trabalho em saúde mental possui apenas uma proposta prioritária para nível nacional (PPN), foi ela: “rever os critérios de implantação das políticas de saúde mental para crianças e adolescentes já existentes para todos os municípios”. (SANTA CATARINA, 2010a, p.5).

O subeixo 1.4 - Políticas de assistência farmacêutica possui 3 propostas prioritárias para nível nacional, foram elas:

[...] que os Conselhos Federal e Regional de Medicina e Farmácia (CFM/CFF e CRM/CRF) e a ANVISA, exerçam efetivo controle sobre as prescrições indiscriminadas de medicamentos psicotrópicos; garantir mecanismos junto as três esferas de governo para a ampliação do elenco das medicações psicotrópicas, além disso, desenvolver

discussões anuais sobre a lista de medicações fornecidas ao usuários de saúde mental; revisar os protocolos clínicos de saúde mental para processo de medicamentos excepcionais, com acesso imediato aos exames especiais (média e alta complexidade) a fim de garantir os direitos dos usuários. (SANTA CATARINA, 2010a).

O subeixo 1.5 - Participação social, formulação de políticas e controle social, possui quatro propostas prioritárias para nível nacional. O subeixo 1.6 – Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental não possui PPN. O subeixo 1.7 - Políticas sociais e gestão intersetorial possui 3 PPN. O subeixo 1.8 - Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental possui uma PPN e o subeixo 1.9 – Reforma psiquiátrica, reforma sanitária e SUS possui duas PPN.

O eixo 2 – Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais, apresenta 23 PPN distribuídas nos 9 subeixos. Curioso notar que o relatório final da etapa estadual não apresenta nenhuma proposta para os subeixos 2.1-Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado e 2.2-Práticas clínicas no território. Porém, no documento entregue nos grupos de trabalho da IV Conferência Estadual, que continha as propostas advindas das etapas municipais e regionais, o subeixo 2.1 apresenta 6 propostas e o subeixo 2.2 possui 13 propostas. O fato de não constar proposta em relação aos subeixos 2.1 e 2.2 no relatório da etapa estadual faz pensar que nenhuma das propostas do documento foi aprovada ou que talvez tenha ocorrido algum equívoco no processo de produção do relatório estadual.

O eixo 3 – Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial, possui 26 propostas prioritárias para nível nacional (PNN). O relatório final da IV Conferência Estadual de Saúde Mental - Intersectorial apresenta ainda três moções de apoio a iniciativas ligadas à reforma psiquiátrica e cinco moções de repúdio.

5 IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL

A etapa final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial ocorreu de 27 de Junho a 1 de Julho de 2010 na cidade de Brasília. Deste processo foi elaborado um amplo relatório, que apresentou uma análise sobre a organização das etapas precedentes à nacional e reuniu as propostas aprovadas na plenária final da etapa nacional. De acordo com o relatório final desta etapa, participaram de todo o processo cerca de 1.200 municípios, inclusive diversas agências intersetoriais envolvidas na discussão dos temas. A etapa nacional contou com aproximadamente 1.520 participantes inscritos, entre os quais 1.200 delegados com direito a voz e voto, incluindo os 10% da delegação de cada estado, que eram observadores com direito a voz e voto, além de 200 convidados indicados pela Comissão Organizadora Nacional, que tiveram direito apenas a voz nos grupos de trabalho e na plenária.

A etapa nacional desenvolveu-se por meio da conferência de abertura, de mesas-eixo, painéis simultâneos e específicos, grupos de trabalho e plenária final (BRASIL, 2010a). O evento teve uma programação extensa e, concomitante aos trabalhos e atividades da programação oficial, existia um espaço para manifestações artístico-culturais, rodas de conversas e trocas de experiências, sendo que havia a possibilidade de inscrição espontânea para quem quisesse se expressar. Este espaço cultural tinha o nome de “Tenda de Educação Popular Austregésilo Carrano”³, em homenagem a este personagem histórico da Luta Antimanicomial do Brasil. A tenda só interrompia a sua programação no horário dos grupos de trabalho, no começo da tarde. Na abertura da tenda houve uma roda de conversa sobre as interfaces entre a educação popular e a reforma psiquiátrica. A tenda foi um espaço que marcou pela diversidade de pessoas que por ali transitavam para se apresentar, assistir, dar um depoimento, cantar, recitar uma poesia, participar de oficinas de práticas integrativas no começo da manhã ou de oficina do grupo de teatro do oprimido. Durante a conferência,

³ Austregésilo Carrano Bueno (1957-2008) foi um importante integrante do Movimento da Luta Antimanicomial, autor do livro "Canto dos Malditos" onde relata sua experiência nos hospitais psiquiátricos e denuncia os absurdos sofridos nessas instituições. O livro deu origem ao premiado filme Bicho de Sete Cabeças. O autor foi a primeira pessoa no Brasil a mover uma ação indenizatória por erros de diagnóstico, tratamentos torturantes e crimes contra médicos psiquiatras em 13 de maio de 1998. Porém, foi condenado pelo Tribunal de Justiça do Paraná a pagar a médicos psiquiatras e seus familiares 60 mil reais de indenização por danos morais, devido às críticas aos médicos contidas em seu livro.

funcionou também uma feira de Empreendimentos de Geração de Renda e Economia Solidária, na qual as pessoas expunham e vendiam artigos produzidos em projetos de geração de renda de diferentes instituições do país. Estas exposições demonstravam casos bem sucedidos de projetos de geração de renda através de trabalhos ao alcance e limite do usuário, numa proposta de construção coletiva numa lógica diferente da que impera no mercado de trabalho ordinário.

No primeiro dia do evento, ocorreu o credenciamento no período matutino e, à tarde, foi aprovado pela plenária o regulamento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Os três dias seguintes tiveram um cronograma de atividades semelhante, de maneira que pela manhã foram organizadas as mesas-redondas com temas definidos a partir de cada eixo temático do dia. Nas mesas-redondas os expositores tinham quinze minutos para as suas apresentações, que deveriam ser baseadas nas ementas dos eixos da IV Conferência Nacional. Depois das apresentações, a coordenação da mesa abria um espaço de sessenta minutos para o debate em plenária, momento em que os delegados e convidados tinham direito de se manifestar com tempo limite de dois minutos para apresentarem suas argumentações. Os coordenadores das mesas foram indicados pela comissão organizadora.

Após a mesa-redonda, eram apresentados os painéis espontâneos, que tinham por objetivo discutir os subeixos temáticos correspondentes. Os expositores de painel dispunham de 10 minutos prorrogáveis por mais 5 para realizar sua apresentação. Após as exposições, a coordenação do painel abria um espaço de 30 minutos de debate para que os demais presentes se manifestassem verbalmente ou por escrito através de perguntas ou observações pertinentes ao tema.

Os painéis espontâneos referentes ao eixo I – “Saúde mental e políticas de estado: pactuar caminhos intersetoriais” foi dividido em oito subtemas: 1- Organização e consolidação de rede - financiamento; 2- Política de assistência farmacêutica; 3- Participação social, formulação de políticas e controle social; 4- Gestão de informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental; 5- Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental; 6- Gestão do trabalho em saúde mental; 7- Reforma psiquiátrica, reforma sanitária e o SUS; 8- Políticas sociais e gestão intersetorial.

No terceiro dia da Conferência, a mesa-redonda (II) foi pautaada no eixo II – Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais. A partir deste eixo foram encaminhados painéis simultâneos com oito subtemas: “1- Álcool e outras drogas como desafio para saúde e políticas intersetoriais; 2- Saúde Mental na

infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorial; 3- Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residências terapêuticas, Programa “De volta para casa” e articulação intersetorial no território; 4- Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica – Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado; 5- Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços; 6- Práticas clínicas no território – saúde mental, atenção primária e promoção da saúde; 7- Garantia de acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero, orientação sexual e identidade de gênero; 8- garantia de acesso universal em saúde mental: grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outras condicionantes sociais na determinação da saúde mental.

O quarto dia da conferência iniciou com a mesa-redonda, em que foi debatido o eixo III - Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial. Os subtemas deste eixo foram: 1- Trabalho, geração de renda e economia solidária; 2- Direitos humanos e cidadania; 3- Organização e mobilização dos usuários e familiares de saúde mental; 4- Cultura/diversidade cultural – comunicação, informação e relação com mídia; 5- Educação, inclusão e cidadania; 6- Justiça e sistema de garantia de direitos; 7- Violência e saúde mental; 8- Seguridade social: previdência, assistência social e saúde.

Além dos painéis espontâneos, ocorreram painéis específicos, no dia 28 e 29 de junho de 2010, que tinham o objetivo de ajudar nas discussões dos grupos de trabalho do dia seguinte e, por isso, não produziram relatórios próprios. Eles foram dirigidos por um coordenador indicado pela comissão organizadora e, neste primeiro dia, o painel específico I teve os seguintes temas: 1- Financiamento; 2- Formação e educação permanente em saúde mental como desafio intersetorial; 3- Saúde mental infanto-juvenil: principais desafios para ampliação do acesso; 4- Leitos de atenção integral: hospitalares gerais, emergências gerais e CAPS III; 5- Crack: um desafio para saúde pública e a intersetorialidade; 6- Populações específicas: indígenas e quilombolas; 7- População de rua: experiências bem sucedidas; 8- Orientação sexual e identidade de gênero; 9- Populações institucionalizadas; 10- Cotidiano dos serviços; 11- Redução de danos; 12- Residências terapêuticas: um desafio para a reforma psiquiátrica; atenção básica e intersetorialidade. Ao final deste dia ocorreu apresentação de um grupo musical. No dia 29/06, os painéis específicos foram sobre: 1- Alcool e outras drogas e direitos humanos; 2- Promoção

de saúde mental no âmbito do território escolar; 3- Cultura e saúde mental; 4- Justiça, saúde mental e direitos humanos; 5- Medidas socioeducativas.

Após a pausa do almoço ocorreram os grupos de trabalho, definidos segundo o regulamento da IV Conferência como “responsáveis pelo aprofundamento das discussões sobre os eixos e subeixos temáticos, através da participação ampla e democrática de todos os segmentos representados na IV Conferência” (BRASIL, 2010a, p.4). Os grupos de trabalho utilizaram como subsídio para as discussões e a elaboração das propostas: as ementas dos eixos e subeixos elaboradas pela Comissão Organizadora para todas as etapas, o consolidado de propostas das conferências estaduais organizado pela Comissão de Relatoria da etapa nacional, que foi disponibilizado a todos delegados, observadores e convidados, além das discussões realizadas nas mesas-eixo e nos painéis espontâneos e específicos da IV Conferência.

Os grupos de trabalho ocorreram nos dias 28, 29 e 30 de junho de 2010, sendo formados por 60 a 70 delegados em cada grupo, originados dos diferentes segmentos e diversos estados da federação. Cada grupo contou ainda com um relator designado pela Comissão Organizadora e um relator adjunto sugerido pelo grupo, que tinham o encargo de sintetizar as conclusões do grupo e encaminhá-las à Comissão de Relatoria ao final de cada dia de trabalho. Além destes, a Comissão Organizadora indicou um Secretário para cada grupo, que devia ser aprovado pelo coletivo, e que teve a função de ajudar na elaboração das propostas coletivas, organizando o texto definitivo entre os proponentes de destaques, quando houvesse mais de um destaque. As discussões e encaminhamentos das propostas foram divididos em dois momentos: num primeiro, foram discutidas as propostas agrupadas advindas do consolidado dos relatórios estaduais como Propostas Prioritárias Nacionais (PPN) e, num segundo momento, foram discutidas as propostas identificadas como Propostas Nacionais (PN), Propostas Inespecíficas (PI) e Propostas a serem encaminhadas para outro subeixo.

A plenária final da etapa nacional ocorreu no dia 01 de Julho de 2010 e, de acordo com o regulamento do evento, teve por objetivo debater e aprovar o Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial, bem como votar as moções apresentadas. Estas puderam ser apresentadas por delegados, utilizando formulário próprio e contendo as assinaturas de, no mínimo, 100 (cem) delegados regularmente inscritos, para que pudessem ser encaminhadas para a votação na plenária final.

Na entrada do auditório em que foi realizada a plenária final, foram entregues pela equipe organizadora do evento os consolidados com as propostas encaminhadas pelos grupos de trabalho e organizadas pela Comissão de Relatoria de trabalho do evento. O consolidado com as propostas referentes ao eixo I “Políticas sociais e políticas de Estado” continha 344 propostas, distribuídas nos nove subeixos do eixo I, e que foram à votação na plenária final. O do eixo II “Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais” possuía 322 propostas, e o documento do eixo III “Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial”, 601 propostas submetidas à votação, uma a uma, votadas num único dia de plenária final. Ou seja, a mesa teve que coordenar, na plenária final, a votação de um total de 1.267 propostas mais 38 moções.

No último dia da conferência, muitas pessoas já estavam no caminho de volta para seus destinos de origem. Desta forma, não foi possível acompanhar a votação das propostas na plenária final até o fim. Ainda assim, o período em que pude estar presente na votação final foi bastante rico, pois havia grande diversidade de sujeitos de várias procedências do país, representando a pluralidade das realidades, anseios e necessidades que ali estavam em jogo. Predominava uma atmosfera de que a mesa estava “correndo contra o tempo”, e precisou de concentração permanente para conciliar os destaques e organizar as argumentações dos delegados e convidados. Já passava das 18 horas quando a maior parte dos delegados representando Santa Catarina precisou deixar a plenária final a caminho do aeroporto, e ainda não tinha sido votada a metade das propostas dos consolidados.

5.1 RELATÓRIO FINAL DA ETAPA NACIONAL

O relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental foi apresentado no dia 08 de Dezembro de 2010 e organizado para além da mera reprodução das propostas aprovadas na plenária final. A apresentação do documento ressalta o caráter democrático das Conferências Nacionais, lembrando o contexto de realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a aprovação da lei 10.216/01 e suas repercussões no campo da saúde mental nos últimos anos. Destaca que, apesar do pouco tempo para a sua organização e realização, a IV CNSM-I contou com expressivo número de municípios e participantes em todo processo das três etapas de conferência. Reconhece que a conjuntura política e social do campo da saúde mental tem se tornado mais complexa nos últimos anos, e que isto se expressou no processo de

organização da conferência. Ressalta ainda que o encaminhamento para uma conferência em caráter intersetorial foi amplamente discutido e debatido por conselheiros de saúde de todo país, ao mesmo tempo em que existia uma “dúvida” sobre a necessidade de uma conferência com o tema específico de saúde mental. Desta maneira, o relatório aponta que a marcha dos usuários, realizada em 2009 na cidade de Brasília por uma delegação de usuários, familiares, profissionais e representantes de entidades, foi decisiva para aprovação da realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Além dos fatores citados, um conjunto de elementos do contexto social e político, bem como características internas do próprio campo da saúde mental, ajudou a formar o cenário para realização da IV Conferência, no qual destacamos:

[...] a ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo; a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos intersetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política de parte dos médicos no país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica; uma expansão de serviços públicos em saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais psiquiatras para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental; o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do crack no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única; o cronograma apertado para a realização da

conferência, determinado pelo calendário político eleitoral. (BRASIL, 2010a, p.8).

A apresentação do relatório final da etapa nacional da IV CNSM-I indica ainda que a conferência serviu para reafirmar o campo da saúde mental como “intrinsecamente” multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, sendo estes aspectos fundamentais para integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Defende que a saúde mental transcende o campo da saúde, e que estabelece relações recíprocas com áreas como Direitos Humanos, Assistência Social, Educação, Justiça, Trabalho e Economia solidária, Habitação, Cultura, Lazer e Esportes entre outros e, por isso, considera vitoriosa a conferência em seu caráter intersetorial, em sua proposta de discutir e construir diretrizes para políticas públicas integradas, articulando e propondo parcerias transversais entre os diferentes setores do governo e da sociedade.

A Comissão Organizadora do evento nacional foi composta por diferentes instituições de saúde e outros segmentos envolvidos com a área da Saúde Mental, dentre eles: Ministério da Saúde (5), Conselho Nacional de Saúde (12), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Associação Brasileira de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude (ABMP), Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH-PR), Ministério do desenvolvimento Social e de Combate à Fome (MDS), Ministério da Educação, Ministério da Justiça, Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria Nacional de Economia Solidária, Ministério da Cultura, Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Redução de Danos, Rede Nacional Internúcleos da Luta AntiManicomial (RENILA), Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). (BRASIL, 2010^a, p.173).

Diante da diversidade de entidades envolvidas nos três níveis da IV Conferência, destaca-se a ampla participação de associações de usuários e familiares, bem como de instituições do controle social. Os atores desses jogos políticos atuam em consonância com seus pressupostos e pactos estratégicos para defender seus interesses nesses espaços políticos em constante reorganização. Desta maneira, as propostas aprovadas na plenária final e expostas no relatório final inserem-se num contexto que:

[...] reafirma os princípios gerais da reforma psiquiátrica em curso no país, como a superação do modelo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares. (BRASIL, 2010a, p.10).

A metodologia da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial é descrita minuciosamente no relatório final, desde sua primeira etapa de orientar a realização dos relatórios das conferências na fase municipal/regional, estadual, bem como a consolidação dos relatórios estaduais. Na segunda fase de trabalho foi feita a organização das discussões e dos consolidados com propostas retiradas dos grupos de trabalho durante a etapa nacional. No terceiro momento ocorreu revisão detalhada do quadro geral de propostas e moções aprovadas pela plenária na fase nacional. A quarta etapa de trabalho se deu numa reunião da Comissão de Relatoria para avaliação geral da conferência, com recomendações para construção do relatório como um todo e para a metodologia de síntese das propostas. Nesta etapa foi sinalizada a importância de ter cuidado com a terminologia, buscando utilizar a mais “politicamente correta” para todos os conceitos e termos-chave, e esta questão foi revisada em etapas seguintes. Foi repetido o dispositivo utilizado no relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que organiza princípios e diretrizes gerais sobre cada subeixo, apresentando a questão numa dimensão mais ampla no direcionamento da política pública, e não em termos operativos apenas. Na quinta etapa de trabalho foi executada a operação de revisão, síntese de propostas e checagem dos subeixos e eixos, seus desafios, e construção dos diversos anexos.

O documento final da etapa nacional da IV Conferência apresenta 1.021 propostas aprovadas em plenária final, sendo 298 propostas referentes ao eixo I - Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; 308 referentes ao eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais e 414 sobre o eixo III - Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial. Em seguida, são apresentadas as 36 moções aprovadas na plenária final, além da apresentação e do detalhamento da Comissão Organizadora.

O relatório final aponta que foi utilizada a estratégia de “construir uma seção inicial em cada subeixo temático, com princípios e diretrizes gerais” (BRASIL, 2010a), dispositivo já utilizado no relatório da III CNSM (2001).

Foram estabelecidos alguns critérios claros para identificá-los: princípios e diretrizes gerais são mais abrangentes, menos operativos, direcionando a política do ponto de vista ético, político e estratégico, ou apontando prioridades mais amplas; propostas indicam leis e normas a serem geradas ou transformadas, serviços, e ações concretas na sociedade. O objetivo desta seção é evitar que o relatório apresente apenas um conjunto fragmentado de propostas, dificultando a identificação pelos leitores da direção mais geral da política recomendada em cada subeixo temático. (BRASIL, 2010a, p.15).

As propostas foram organizadas a partir dos eixos e subeixos, sendo que o subeixo 1.1 – “Organização e consolidação da rede”, possui 10 itens considerados como princípios e diretrizes gerais. O primeiro deles estabelece que:

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI) reafirma o caráter efetivamente público da Política de Saúde Mental, recusando todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços. Nesse sentido, responsabiliza os gestores, nos três níveis de governo, pelo desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Saúde Mental, com garantia de dotação orçamentária específica, espaços físicos próprios, condições materiais e técnicas adequadas, para a viabilização do novo modelo assistencial. Propõe, ainda, que a saúde mental esteja integral e universalmente inserida em todas as esferas de saúde, de forma que os usuários tenham participação em todos os níveis de atenção à saúde. (BRASIL, 2010a, p.21).

A proposta 2 do subeixo 1.2 refere-se aos “Princípios, diretrizes e normas do SUS, da Política Nacional de Saúde Mental” e, referenciando as Leis Federais nº 10.216/01 e nº 10.708/03, propõe:

[...] implantar, implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em saúde mental, em todo o país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento de toda a população, em todos os níveis de [...] implantar,

implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em saúde mental, em todo o país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento de toda a população, em todos os níveis de assistência: equipe de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e drogas) e CAPS i(infantil)-; Centros de convivência; residências terapêuticas; emergências psiquiátricas e leitos para saúde mental em hospitais gerais, leitos clínicos para desintoxicação em hospitais gerais, atendimento móvel e urgência e demais serviços substitutivos necessários aos cuidados contínuos em Saúde mental. (BRASIL, 2010a, p.21).

As propostas e diretrizes gerais do subitem 1.1 tratam ainda das diferentes ações e parcerias intersetoriais na área da Educação, Assistência Social, Justiça, incentivo ao desenvolvimento de Cooperativas Sociais e projetos de inclusão produtiva. No caso do processo de desinstitucionalização dos usuários em internação de longa permanência é indicada a importância de parcerias com políticas públicas de habitação, assistência social, direitos humanos dentre outros segmentos. Desta maneira, a proposta 6 do subitem 1.1 indica que:

A rede de serviços de saúde mental deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental, em seu próprio território, propõe-se a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária. Ao mesmo tempo, afirma-se a estratégia do matriciamento e a articulação dos serviços em rede como garantia para a inserção do usuário nos serviços, na perspectiva da integralidade e conforme sua necessidade. Além disso, propõe-se implementar o matriciamento em saúde mental, com equipes intersetoriais na atenção em saúde, como diretriz da Política de Saúde e com financiamento das diferentes Políticas Públicas

(Educação, Saúde, Assistência Social e outras).
(BRASIL, 2010a, p.23).

A proposta 7 trata da demanda de educação permanente como meio de viabilização dos serviços em rede, citando o Plano Nacional e Humanização (PNH) como referência para os serviços em saúde e construção e consolidação da rede de serviços em saúde mental, a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica. A proposta 8 reclama a implementação da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, solicitando ações no campo prático de maneira que proporcione assistência de qualidade e sem criminalizar o usuário. A proposta 9 busca contemplar as pessoas em situação de rua e que apresentam diagnóstico psiquiátrico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas, e defende direito à atenção integral de maneira que respeite as particularidades desta população por não ter território definido. A proposta 10 trata da participação popular e controle social, indicando:

[...] a necessidade de reativação dos conselhos gestores nas unidades de saúde, a intensificação da participação popular nos conselhos fiscalizadores e o incentivo à participação da sociedade civil organizada, nos processos de organização da rede dos serviços de saúde. (BRASIL, 2010a, p.23).

Ainda em relação ao subitem 1.1- “Organização e Consolidação da Rede”, são apresentadas propostas com enfoques mais operativos sobre os seguintes temas: 3 propostas referentes a Intersetorialidade; 3 propostas sobre Atenção Básica e Saúde Mental; 3 propostas específicas sobre os Centros de Atenção Psicossocial; 3 propostas sobre a saúde mental em municípios de pequeno porte; 4 propostas sobre o Programa “De volta para casa”, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência; 2 específicas sobre álcool e outras drogas; 2 propostas sobre urgência e emergência em saúde mental; e 3 propostas sobre práticas comunitárias, integrativas e complementares.

O subitem 1.2- “Financiamento”, apresenta 5 propostas consideradas como princípios e diretrizes gerais; 5 propostas específicas sobre regulamentação e fiscalização; 15 propostas referentes ao financiamento da rede: CAPS, residências terapêuticas, atenção básica, centros de convivência; 4 propostas sobre o financiamento para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas; 5 propostas sobre o

financiamento para assistência farmacêutica; e 2 propostas relativas a financiamento de ações de assistência social.

O subitem 1.3- "Gestão do trabalho em saúde mental" apresenta 3 itens como princípios e diretrizes gerais e mais 10 propostas em termos mais operativos referentes a carreira, cargos, salários e saúde do trabalhador. Neste subitem são apresentadas ainda 3 propostas sobre os processos de trabalho e outras 3 referentes à regulação da rede.

O subitem 1.4- política de assistência farmacêutica apresenta 2 propostas como princípios e diretrizes gerais, 8 propostas sobre gestão e financiamento e mais 7 propostas sobre gestão da informação, 6 propostas sobre ampliação e qualificação da oferta de medicamentos, 3 propostas específicas para formação de recursos humanos e 2 sobre assistência farmacêutica a população infanto-juvenil.

O subitem 1.5- "Participação social, formulação de políticas e controle social" possui 8 itens como princípios e diretrizes gerais, dentre estes a proposta 117 que indica que:

[...] para o processo de reforma psiquiátrica em curso no país avançar na consolidação de uma rede de cuidados psicossociais, é imprescindível garantir o caráter público das políticas implicadas na saúde mental. Além da garantia de que serviços substitutivos sejam exclusivamente de caráter público estatal, deve-se ampliar a participação/envolvimento da sociedade na formulação/efetivação das políticas de saúde mental, para dessa forma viabilizar a inclusão das pessoas com sofrimento psíquico no convívio social, mercado de trabalho e educação. (BRASIL, 2010a, p.37).

Nos demais itens deste subitem são destacados a necessidade de continuação dos projetos legitimados pela população, inclusive nos períodos de mudanças na gestão e de criação de novos mecanismos para participação popular, garantindo a fiscalização e transparência nos três níveis de financiamento. A proposta 122 acena para a necessidade de investimento na capacitação e qualificação das associações e movimentos que atuam na área, organizados por representação, e de incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental.

A proposta 123 destina-se a diminuir o peso do preconceito em relação aos pacientes psiquiátricos e defende a divulgação dos direitos dos usuários e da existência de uma rede substitutiva de atenção em

saúde mental, como meio de contribuir para o processo de conhecimento da comunidade sobre a sua responsabilidade e importância, bem como a do Poder Público, na socialização do usuário de saúde mental, dentro do processo de diminuição do estigma social relacionado à doença mental. Neste sentido, algumas deliberações indicam investimento em campanhas governamentais de sensibilização e informação da população que tratem das temáticas do sofrimento mental numa perspectiva de humanização e que ajudem no processo de resgate da cidadania e promoção de inclusão social dos usuários.

A proposta 124 solicita que as três esferas de governo respeitem e encaminhem as deliberações das respectivas conferências, estabelecendo o prazo de 4 anos para que estas aconteçam periodicamente e possa haver acompanhamento e fiscalização dos encaminhamentos nestes períodos. Nesta proposta é expressa a necessidade de se referenciar as recomendações da Declaração de Caracas e a Carta de Campinas⁴ (CARTA DE CAMPINAS, 2008), para que se garantam avanços na participação e controle social no campo da saúde mental.

O subitem 1.5 possui ainda 8 propostas de cunho operativo referentes à gestão e institucionalidade da participação, que giram em torno da ampliação e fortalecimento da atuação dos diferentes órgãos representativos envolvidos no tema, tais como: Conselho nacional de saúde, comissão intersetorial de saúde mental, comissões estaduais e municipais de saúde mental. A proposta 128 defende:

[...] ampliar e divulgar a criação de fóruns de saúde mental em todas as regiões do Brasil de forma permanente e mais frequente, assegurando o direito à participação dos trabalhadores, gestores, operadores do direito, ONGs, instituições, usuários e familiares, para o encaminhamento de suas reivindicações aos órgãos competentes. (BRASIL, 2010a, p.39).

Este subitem apresenta ainda 6 propostas referentes à “Reabilitação Psicossocial e participação”, indicando a necessidade de articular a área da saúde mental com o movimento da economia solidária, incentivando a criação e acompanhamento de cooperativas

⁴ Nos dias 17 e 18 de junho de 2008, na cidade de Campinas (SP), gestores de saúde mental dos 22 maiores municípios do Brasil, e dos Estados-sede desses municípios, além de profissionais e docentes do campo da saúde mental, participaram do I Seminário Nacional de Saúde Mental nas Grandes Cidades, convocado pelo Ministério da Saúde, pela Prefeitura de Campinas e pela UNICAMP. O seminário teve como objetivo discutir e construir soluções para questões emergentes do contexto da atenção à saúde mental nas grandes cidades.

produtivas, inclusão digital e computador com internet para os usuários e trabalhadores da saúde mental, além de reclamar a “inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico em cumprimento de medida de segurança, na rede de serviços substitutivos em saúde mental.” (BRASIL, 2010a, p.40).

O tema da intersetorialidade e interdisciplinaridade no controle social, inserido no subitem 1.5, apresenta 5 propostas que, de uma maneira geral, indicam a necessidade de ações de integração entre os conselhos das diferentes áreas e dos três níveis de governo, a constar: conselhos ligados ao campo da infância, adolescência e idosos, conselhos antidrogas, conselhos da área da saúde, da educação, da assistência social e dos direitos humanos. Estes encontros anuais devem discutir as diversas questões relacionadas à saúde mental. A proposta 141 estipula o prazo de um ano para realização de reuniões intersetoriais, com objetivo de discutir questões relativas à saúde mental, substâncias psicoativas, violência, de maneira que envolva os poderes legislativos, judiciário, executivo, ministério público, segurança pública e usuários, com investimentos oriundos dos três níveis de governo. A proposta 142 propõe:

[...] articular o controle social aos conselhos regionais de medicina e outros conselhos profissionais para que fiscalizem o exercício profissional do médico no cumprimento do novo código de ética, principalmente em relação à omissão do serviço e prescrições ilegíveis. (BRASIL, 2010a, p.41).

A proposta 147 defende abolir a proposta do projeto de Lei do Ato Médico, já que este projeto é completamente incompatível com a proposta e os princípios da Reforma Psiquiátrica em andamento no país, pois o modelo manicomial criticado por ela é basicamente médico-centrado, assim como designa o projeto de Lei do Ato Médico, que centraliza no médico e no discurso cientificista desta classe todo o poder decisório sobre os usuários e os procedimentos de tratamento, além de subjugar os demais profissionais da saúde à figura do médico. Portanto, este projeto de lei encontra-se na contramão da possibilidade de atuação interdisciplinar das equipes multiprofissionais nos serviços substitutivos aos manicômios, que deveria encontrar no saber médico mais um elemento capaz de se relacionar horizontalmente com profissionais de outras áreas, viabilizando uma intervenção interdisciplinar, que

considere o sujeito na sua integralidade, e não apenas do ponto de vista orgânico.

O tema referente a “processos educacionais e divulgação” é abordado em 4 propostas finais do subitem 1.5, em que propõem: educação popular em saúde mental; inclusão de projetos de prevenção nas escolas com tema de violência e saúde mental; inclusão da grande mídia em processo informativo e educativo de toda sociedade sobre o movimento da reforma psiquiátrica, divulgação de maiores informações sobre as implicações do diagnóstico psiquiátrico na vida cotidiana dos usuários. A proposta 147 demanda que se ofereça capacitação a usuários, familiares, conselheiros municipais e estaduais de saúde para que possam exercer o papel e as ações de controle social, através de financiamento das três esferas de governo.

O subitem 1.6 trata da “Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental” e apresenta 3 propostas como princípios e diretrizes gerais, que versam em torno do controle social no processo de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas cotidianas de trabalho e do funcionamento dos serviços substitutivos. A proposta 149 indica que:

A qualificação dos mecanismos de planejamento e gestão do trabalho, definindo e pactuando indicadores e metas claras de avaliação, produção e qualidade para a assistência a saúde mental, nos seus vários níveis, depende, em boa medida, da qualidade das informações que os setores responsáveis pela execução de políticas públicas disponham. Por isso, a necessidade de se fomentar estudos do perfil epidemiológico da demanda em saúde mental é amplamente referida, a fim de que permitam estabelecer indicadores e parâmetros que fundamentem as três esferas de governo nas suas estratégias de planejamento, vigilância, acompanhamento e implementação das ações nos serviços de saúde mental no SUS. Um sistema integrado e informatizado, com acesso via web integrando as redes de atenção (garantindo sigilo de informações de prontuários), é ainda, uma forma de viabilizar uma política de monitoramento e avaliação permanente dos serviços de saúde mental que contaria com a participação de todos os atores que fazem o

acolhimento dessa demanda. (BRASIL, 2010a, p.42).

A proposta 150 defende a criação de um banco de dados completo e informatizado para a avaliação de indicadores, de maneira que possibilite o cruzamento de dados de diferentes sistemas de informações de órgãos como: Secretaria de Educação, Assistência Social, Secretaria de Justiça, Segurança Pública, Conselho tutelar e outros. A proposta de troca de informações entre os diferentes órgãos públicos evidencia também um aprimoramento nos mecanismos de controle e ampliação do alcance do Estado na vida dos usuários, caracterizando o que Foucault denuncia como Biopolítica, que é o desenvolvimento de tecnologias disciplinares, a fim de controlar a vida dos indivíduos.

O tema da infraestrutura e dos materiais de divulgação é abordado em 4 propostas com caráter mais operativo. Sistemas de informação e indicadores epidemiológicos apresentam 11 propostas específicas, e a questão de auditorias e processos de avaliação é tratada em 8 propostas específicas.

O subitem 1.7- “Políticas Sociais e gestão intersetorial” apresenta 4 propostas como princípios e diretrizes gerais, e divide-se nas seguintes categorias com propostas mais operativas: redes intersetoriais e sociais com 3 propostas; 1 proposta sobre fóruns; 3 propostas sobre programas e protocolos; 7 propostas enfocadas no tema de trabalho e renda; 5 propostas referentes a saúde do trabalhador; 4 sobre educação; 2 propostas defendem o direito a transporte público para os usuários dos serviços de saúde mental; cultura (1); habitação (1); segurança pública (1); gestão da saúde mental (1) reconhecimento do conceito de deficiência (1); 2 propostas sobre os direitos dos usuários; 2 propostas referenciando estratégias de saúde da família.

O subitem 1.8- “Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental” possui duas propostas como princípios e diretrizes gerais, seguidas de 4 propostas sobre articulação entre políticas de saúde mental e instituições de ensino superior, 6 propostas sobre educação permanente, 2 referentes a residências, sendo que a proposta 227 solicita

[...] implantar, ampliar e qualificar os programas de residência multiprofissional e uniprofissional em saúde mental e saúde coletiva, com inclusão de profissões de outras áreas que não a saúde, inserir o núcleo da medicina nos programas multiprofissionais e garantir que a formação seja

realizada em serviços públicos da rede substitutiva e na lógica transdisciplinar, extinguindo os hospitais psiquiátricos como cenário de prática dos programas de residência. (BRASIL, 2010a, p.53).

O subitem 1.8 apresenta ainda: 3 propostas indicadas como “especificidades”; 5 propostas referentes à rede básica; 9 propostas sobre produção de informação e pesquisa; 4 propostas sobre diretrizes curriculares e normas; e 4 propostas relacionadas aos fóruns em saúde mental, parcerias e controle social.

O subitem 1.9- “Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS” apresenta 3 propostas como princípios e diretrizes gerais, as quais reafirmam os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, defendendo um sistema de saúde universal, ampliação do controle social, disposição de atenção integral com participação das três esferas de governo, e reforça o caráter de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica, de inclusão social e da ampliação da rede de atenção psicossocial como meio de extinguir os hospitais psiquiátricos. A proposta 254 determina que as reformas devem ser centradas nos usuários enquanto sujeitos de direito e de desejos, que devem ser respeitados como cidadãos singulares e que protagonizam seus modos de gerir a própria vida.

Além dos três princípios e diretrizes gerais, o subitem 1.9 possui: 8 propostas operativas designadas à saúde mental como área estratégica da saúde; 8 propostas com o tema garantia dos avanços das reformas sanitárias e psiquiátrica. Os hospitais psiquiátricos são tema específico inserido neste subitem, de maneira que o relatório apresenta 4 propostas operativas com esse tema específico, sendo que a proposta 273 defende “não admitir o funcionamento de hospitais descredenciados pelo Programa Nacional de Avaliação dos serviços Hospitalares – PNASH. (BRASIL/MS, 2010,p.58) . As outras duas propostas referentes aos hospitais psiquiátricos giram em torno da diminuição dos leitos até a extinção deste tipo de serviço asilar, de maneira responsável e com acompanhamento e suporte aos familiares e aos usuários, e deslocamento dos recursos para Rede Substitutiva de Atenção Psicossocial, indicando ainda a não abertura de novos hospitais psiquiátricos públicos ou privados, assim como não aumentar os leitos nos hospitais já existentes. A proposta 276 indica a total responsabilização do Estado na gestão e financiamento da assistência em Saúde Mental diante deste processo de transformação dos serviços para que os usuários e familiares não fiquem desassistidos.

O tema da privatização e terceirização da atenção é abordado em três propostas do subitem 1.9, de maneira que indicam rejeição a todos os tipos de privatização e terceirização dos serviços e programas de saúde mental. A proposta 279 defende:

[...] combater a privatização decorrente do modelo neoliberal dos direitos fundamentais, dentre estes a saúde, nas diversas formas nas quais esta privatização se apresenta: fundações estatais de direito privado, clientelismo com a indústria farmacêutica, parcerias mistas, primando pela contratação efetiva de profissionais, considerando as conquistas históricas do movimento da reforma sanitária, a constituição federal de 1988 e as deliberações das instâncias democráticas de controle social do SUS. (BRASIL, 2010a, p. 59).

Os critérios populacionais para abertura e credenciamento de serviços em saúde mental são abordados especificamente nas propostas 280, 281 e 282, que pedem revisão das portarias 336 e 154, com o objetivo de reformular o critério populacional e acrescentar o critério epidemiológico para a implementação de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPSi, Núcleo de Apoio a Família (NASF I e II). Estas mudanças devem visar o aumento e ampliação de capacidade de atendimentos destes aparelhos, e a proposta 281 indica a criação de ambulatorios ampliados em municípios com população inferior a 20.000 habitantes, levando-se em consideração os princípios do SUS e o controle social.

O tema da intersetorialidade é abordado especificamente em 3 propostas do subitem 1.9, e reforçam o princípio da universalidade e integralidade no atendimento, indicando a construção de uma rede intersetorial com participação de órgãos federal, estadual e municipal, bem como de diversos setores da sociedade, com vistas a criar ações comunitárias. A proposta 285 propõe:

[...] organizar e incentivar o trabalho em rede intersetorial por reuniões mensais entre representantes da saúde mental, rede básica de saúde, setor hospitalar, educação, habitação, assistência pública, segurança e judiciário, em âmbito municipal, estadual e federal. (BRASIL, 2010a, p.60).

As propostas nº 286 a 295 referem-se ao tema de estratégias, ações e programas, de maneira que a proposta 287 indica:

[...] articular a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Humanização (PNH), nos serviços ambulatoriais e hospitalares de saúde mental (profissionais, trabalhadores, usuários e familiares) através da inserção dos seus dispositivos na rede básica de saúde mental, fortalecendo os princípios da Reforma Psiquiátrica e a valorização do trabalhador de saúde. (BRASIL, 2010a, p.60).

A proposta 288 reclama a implementação da estratégia de “consultórios de rua”, presente nas Políticas de Redução de Danos e em consonância com os serviços substitutivos, que devem funcionar de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Os Centros de Convivência são abordados nas três últimas propostas do subitem 1.9, de maneira que solicitam portaria ministerial e interministerial que normatize e regulamente as diretrizes gerais para a criação dos Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Estas propostas defendem financiamento das três instâncias governamentais, bem como parcerias intersetoriais, para criação destes aparelhos enquanto serviços substitutivos.

O eixo II- “Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais” possui 308 propostas organizadas em 9 subitens. O subitem 2.1- “Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado” possui 7 itens classificados como princípios e diretrizes gerais. A primeira proposta deste item pontua que:

[...] o processo de superação do modelo asilar e de efetivação da reforma psiquiátrica requer a promoção de relações entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no acolhimento e no vínculo, no sentido de evitar que se reproduza, dentro dos serviços substitutivos, a lógica do manicômio. (BRASIL, 2010a, p. 63).

As demais propostas classificadas como princípios e diretrizes gerais do subitem 2.1 abordam ainda: a necessidade de investir num modelo humanizado, que efetive o cuidado integral, a participação do usuário e familiares na construção do seu projeto terapêutico, criação de políticas intersetoriais, capacitação de todos os atores envolvidos no

processo terapêutico do usuário. Para atingir estas metas, a proposta 302 reforça a importância da democratização da gestão do processo de trabalho em saúde mental com a participação dos trabalhadores, usuários e familiares e indica a criação de espaços de discussões e encontros entre os diferentes atores deste campo, estimulando assembleias que possibilitem a participação de todos, com o objetivo de avaliar e planejar permanentemente as ações dos serviços. Estas ações devem acontecer articuladas e exigem fortalecer e promover integração entre os CAPS e os demais serviços que compõem a rede de saúde e saúde mental, além de outros setores que promovam e possibilitem a atuação cidadã dos usuários e objetivem a integralidade e a continuidade do cuidado, evitando o “encapsulamento” dos serviços substitutivos. Desta maneira, a proposta 305 estabelece que:

[...] a consolidação do processo de reforma psiquiátrica torna imprescindível o fortalecimento dos movimentos sociais, das associações de familiares e usuários nos serviços de saúde mental, em serviços da rede e na comunidade, instituindo movimentos para que o usuário possa ter garantido seus direitos de cidadão, de forma a superar preconceitos e ser protagonista de seu próprio tratamento. Além disso, requer que esses movimentos possam estabelecer interlocução com as políticas públicas, utilizando espaços de participação dos usuários – assembleias, conselhos de saúde, associação de usuários e familiares, seminários, conferências – e garantindo a responsabilidade social para com as pessoas com sofrimento psíquico. (BRASIL, 2010a, p.64).

Além destes princípios e diretrizes gerais, foram deliberadas propostas para os temas: cotidiano dos serviços (8 propostas); ações de atenção aos trabalhadores (2 propostas); incremento de ações intra e intersetoriais (6 propostas) e suportes específicos às ações de cuidado (3 propostas). A proposta 307 propõe “identificar e valorizar o saber popular em nível regional e local com o objetivo de agregar conhecimentos no tratamento em saúde mental”. (BRASIL, 2010, p. 64).

O subitem 2.2 – “Práticas clínicas no território” apresenta 6 propostas como princípios e diretrizes gerais, que expressam a necessidade de investimentos oriundos das três esferas do governo, com o intuito de aprofundar a práticas substitutivas, de maneira que

possibilite o aprimoramento da rede de serviços e as práticas clínicas no território. Portanto, inclui-se na proposta 326 a exigência de implementação de políticas públicas intersetoriais voltadas à cultura, ao lazer, à educação, aos esportes e à geração de renda, que funcionem de maneira integrada aos serviços públicos e organizações comunitárias de cada território e que promovam os espaços de integração social como centros culturais e esportivos, centros de convivência e cooperativas, praças, parques e ginásios, etc. Nesta perspectiva, o trabalho deve ser desenvolvido em rede através de equipes multiprofissionais, que atuem numa lógica transdisciplinar, ampliando o apoio matricial, a potencialização da função dos CAPS no território, com vistas a fortalecer as ações e o cuidado nas comunidades, valorizando as potencialidades dos usuários e considerando as manifestações e características culturais do território.

Além dos princípios e diretrizes gerais, o subitem 2.2 apresenta 14 propostas operativas sobre o trabalho em rede e no território, indicando a implementação de tecnologia de matriciamento da atenção básica em saúde mental na rede de saúde e nos demais dispositivos intersetoriais. Esta indicação possibilitaria o acompanhamento das demandas de saúde mental junto aos serviços de saúde respondendo pelas necessidades de saúde mental dos usuários e trabalhadores da saúde, devendo envolver os conselhos de saúde e a comunidade. A proposta 334 pede investimento na formação de agentes para trabalhar com terapia comunitária nos municípios que desejem implantá-la, provendo o devido apoio para o fortalecimento daqueles que já possuem este tipo de intervenção, como meio de estimular a estratégia de cuidado no território. Além desta, a proposta 335 cita a necessidade de criar mecanismos para modificar a cultura da medicalização, que dissemina o uso indiscriminado de medicamentos, e de reverter esta situação através da prática de rodas de conversa, oficinas terapêuticas, grupos de dança, arte-terapia, trabalhos direcionados à valorização das potencialidades dos usuários no esporte, nas artes, no artesanato, etc. Aliada a estas práticas, a proposta 336 indica a necessidade de ampliação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) na rede de serviços de saúde e saúde mental para a inclusão de homeopatia, acupuntura, fitoterapia, práticas psicocorporais, entre outras. A proposta 337 indica a necessidade de:

[...] incentivar, fortalecer e ampliar o financiamento de ações no território como o acompanhamento terapêutico, as ações/estratégias

de redução de danos e atenção domiciliar, considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento do usuário de forma itinerante, atendendo às suas particularidades e necessidades específicas. (BRASIL, 2010a, p.68).

O subitem 2.2 reforça ainda a importância de realização de atividades extra-CAPS, tais como passeios, atividades culturais, atividades esportivas, dentre outras, ampliando a possibilidade de inserção social dos usuários e evitando a institucionalização no cotidiano dos CAPS.

As propostas do relatório remetem a uma ampla diversidade de temas interligados e, por isto, destacamos as propostas relacionadas diretamente aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pela centralidade de seu papel na proposta de articulação da rede dos serviços substitutivos. O subeixo 2.3 – Centros de Atenção Psicossocial como dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica, possui seis pontos apresentados como princípios e diretrizes gerais, que são:

n.347 - A IV conferência nacional de saúde mental-intersetorial reafirma o centro de atenção psicossocial – CAPS- como dispositivo fundamental do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao hospital psiquiátrico, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando se dimensões intra e intersetoriais.

n.348 - Com essa perspectiva, a consolidação do processo de reforma psiquiátrica exige acelerar a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico-CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPSad-, adequando-os às necessidades reais de cada município, de forma a elevar a cobertura assistencial em todos os Estados conforme Lei 10216 de abril de 2001.

n.349 - Os CAPS, serviços na comunidade, devem operar com atenção integral, de forma interdisciplinar e intersetorial, realizar apoio matricial, atuar de modo articulado com as demais políticas públicas, e não reproduzir práticas manicomialis. É fundamental, também, que os CAPS garantam o acesso, com horário estendido e

porta aberta, o acolhimento e cuidado à crise, a ambiência, a dispensação de medicação e a realização de visitas domiciliares.

n.350 - Dessa forma, assume centralidade investir em sua efetiva implantação e funcionamento, garantindo condições de trabalho e infraestrutura adequada, tanto física, quanto material, assim como recursos humanos necessários.

n.351 - Para assegurar a qualidade da atenção, é imprescindível o desenvolvimento de processos de: educação permanente para os trabalhadores de saúde mental e os atores intersetoriais envolvidos; e de avaliação dos CAPS e da rede, com base nos princípios e nas diretrizes do SUS, da reforma psiquiátrica, e da política nacional de saúde mental.

n.352 - Para realizar esse conjunto de objetivos, indica-se, também, a revisão de normativas, e a necessidade de garantir condições de trabalho, assim como financiamento para a implantação e manutenção dos CAPS, e para a expansão da rede de serviços substitutivos.

(BRASIL, 2010a, p. 69-70).

Além dos princípios e diretrizes gerais, o relatório apresenta 18 propostas de caráter operativo para os CAPS e consolidação da rede; 9 propostas para revisão de normativas; 3 propostas referentes a condições de trabalho; 7 propostas para educação permanente; 2 específicas sobre avaliação dos CAPS, da rede e fomento a pesquisa; e 4 propostas referente ao financiamento dos CAPS.

As propostas de consolidação da rede e operacionalização dos CAPS estão em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica e reforçam a exigência por serviços e práticas não manicomial nestes aparelhos. Elas defendem ainda a consolidação dos serviços existentes na função estratégica dos CAPS como articuladores da rede de serviços, bem como a garantia aos usuários do CAPS, como parte dos serviços oferecidos, o apoio na alimentação, transporte e medicação. A proposta n.360 defende:

[...] ampliar o número de CAPS nos Estados, particularmente de CAPS III e CAPS I nas regiões de saúde, reavaliando o índice de cobertura estabelecido pelo Ministério da Saúde e as demandas de cada área, no sentido de acolher a

crise e evitar internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2010a, p.70).

As propostas do subeixo 2.3 referente aos CAPS e a rede reforçam a importância do respeito à lei 10.216/2001, bem como a portaria 336/2002, de maneira que reivindicam a criação de mecanismos de integração entre os serviços substitutivos de Saúde Mental para que haja uma troca de experiências, implantação de novas Residências Terapêuticas e que o acompanhamento dos usuários seja realizado pela equipe de saúde mental, além do acompanhamento neurológico e psiquiátrico para usuários dos CAPS que necessitem desses especialistas.

A proposta 361 defende implantar, de forma emergencial, CAPS ad e CAPS i, bem como outros serviços de Saúde Mental, de acordo com perfil epidemiológico e a demanda de cada município e a proposta 362 estabelece prioridade para implantação de CAPS III, infantil, e álcool e drogas, independente do número de habitantes.

A proposta 364 defende priorizar a migração de modalidade dos CAPS II para CAPS III, especialmente nos municípios nos quais existem hospitais psiquiátricos, como meio de fortalecer o modelo substitutivo da reforma psiquiátrica, já que a implantação do CAPS III faz parte da estratégia da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no sentido de substituir os hospitais psiquiátricos pelos serviços substitutivos.

As propostas do subeixo 2.3 de número 371 a 379, referem-se à revisão das normativas que indicam os critérios populacionais para criação de serviços substitutivos em saúde mental, ou seja, revisão dos critérios numéricos estabelecidos pelas Portarias para implantação dos CAPS e núcleos de apoio à saúde da família, considerando a demanda dos municípios, as particularidades regionais, os perfis epidemiológicos, sem fixar critérios populacionais. A proposta 373 defende criar CAPS flutuante, com apoio do governo federal, para melhor atender a população ribeirinha da zona rural da Amazônia Legal, respeitando a cultura local e saber tradicional. A proposta 375 defende a implantação de CAPS i III para atender a demanda infantil e juvenil em crises e urgências, e a proposta 376 indica ampliar e diversificar a equipe multiprofissional nos dispositivos de saúde mental, considerando as especificidades regionais, e revendo a portaria 336/2002 para incluir a contratação de acompanhantes terapêuticos, arte-terapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, professores de artes cênicas e de yoga, massoterapeutas, psicopedagogos, etc. para todas as modalidades de CAPS, assegurando a interdisciplinaridade do serviço. Já a proposta 378 trata do tema da gerência em saúde mental, indicando a criação e o

reconhecimento do cargo ou função de coordenador de saúde mental e de CAPS nos municípios, legitimando-o do ponto de vista técnico e político, e garantindo que sua ocupação seja por profissional capacitado e atuante na área de saúde mental.

As condições de trabalho nos CAPS e na rede de saúde mental são enfocadas nas propostas 380, 381 e 382 que determinam a contratação por meio de contrato público de equipe multiprofissional em saúde mental para trabalhar nos leitos de atenção psicossocial nos hospitais gerais, além da garantia à isonomia para todos os trabalhadores em saúde mental, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. A proposta 382 demanda garantir a todos os trabalhadores de saúde locados em unidades de saúde mental, adicional de insalubridade e gratificação devido à complexidade da ação.

O tema da educação permanente para os profissionais dos CAPS e da rede está presente nas propostas 383 a 389, que defendem: a garantia de qualidade da assistência através de uma política de educação permanente em saúde mental e a implementação de protocolos de assistência, contratação imediata de profissionais via concurso com perfil para trabalhar em saúde mental, propondo uma política de especialização e de capacitação permanente para esses profissionais, viabilização de supervisão clínico-institucional para todos os trabalhadores de saúde mental, com sustentabilidade na gestão local, além de garantir atenção em saúde mental nos serviços de emergência e urgência, com garantia de treinamento aos profissionais para prestar este atendimento. A proposta 386 trata da criação de centros de estudo nos CAPS como forma de estímulo a debates, seminários e pesquisas. A proposta 387 solicita a capacitação das equipes do SAMU 192, polícia militar e corpo de bombeiros militar, de acordo com protocolo baseado na política de saúde mental, para a abordagem de crises de transtornos mentais e decorrentes do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, tendo uma equipe multiprofissional no SAMU 192 como referência. A proposta 388 define a necessidade de preparar e capacitar equipes dos CAPSi para atendimento a quadros específicos associados ao transtorno mental como: autismo, outros transtornos invasivos do desenvolvimento, deficiência intelectual, síndrome de down e paralisia cerebral.

As propostas 390 e 391 referem-se à avaliação dos CAPS, da rede e fomento a pesquisa, pedindo para que se garanta a avaliação anual por parte da gestão estadual e regional dos CAPS, em termos técnicos, de satisfação dos usuários, do profissional e de estrutura, tendo em vista os princípios do SUS e a política nacional de saúde mental, e defendem o fomento para a pesquisa e avaliação da rede assistencial em saúde

mental, com vistas à sua reorganização e otimização nos níveis primário, secundário e terciário, coerente com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica.

As questões relativas ao financiamento dos CAPS e da rede são apresentadas nas propostas 392 a 395, e reforçam a necessidade de transparência no processo de mudança no investimento dos recursos federais que eram destinados ao modelo hospitalocêntrico para investimento na expansão dos serviços substitutivos. A proposta 393 defende a aumento da contrapartida de recursos financeiros – federal, estaduais e municipais – para a implantação e a manutenção dos CAPS, dos NASF e de outras redes substitutivas de saúde mental, incluindo a política para álcool e outras drogas na atenção básica. A proposta 394 defende a liberação e aprovação de projetos para a construção, ampliação ou reforma das unidades de saúde onde funcionam os CAPS e para novas unidades.

Outro tema que se relaciona com os CAPS e coloca em xeque a rede de serviços é tratado no subeixo 2.4- “Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços”. O baixo número de CAPS III e a permanência de hospitais psiquiátricos espalhados pelo país dificultam a mudança da prática manicomial, especialmente em se tratando de emergência em situações de crise. Desta maneira, o relatório final da IV CNSM-I reporta sete princípios e diretrizes gerais sobre o tema “Atenção à crise na diversidade dos serviços”, os quais estabelecem a necessidade de criar e capacitar instrumentos que sejam eficazes no acolhimento à crise e possibilite o fechamento dos hospitais psiquiátricos e outras instituições de regime fechado. A proposta 396 pontua a importância do investimento dos três níveis da gestão na rede substitutiva para que a atenção à crise seja contemplada, e a proposta 397 diz que:

A IV conferência ratifica a criação, o fortalecimento, e a ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas – saúde mental na [...] atenção básica, ambulatorios de saúde mental, núcleos de apoio a saúde da família (NASF), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências terapêuticas, CAPS I, II, III, CAPS i, CAPS ad, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192), unidades de pronto atendimento (UPA) /pronto atendimento, e leitos em hospitais regionais e gerais-, destacando que essa rede deve atuar na lógica antimanicomial e

interdisciplinar, integrada nas três esferas de governo. (BRASIL, 2010a, p.4).

A proposta 398 trata do descredenciamento progressivo dos leitos psiquiátricos da rede privada e da desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos públicos, com o cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), e enfatiza a importância da participação das organizações de usuários e de familiares nestes processos, de maneira a fiscalizar os investimentos que devem ser deslocados dos hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos. A proposta 402 defende a parceria entre os três setores do governo para desenvolver processos de educação permanente para o manejo e a atenção à crise, a todos os atores envolvidos – intra e intersetoriais, comunitários e familiares/cuidadores, promovendo ações que possibilitem uma atenção humanizada e a construção de redes intersetoriais.

As propostas de cunho mais operativo relacionadas com a atenção à crise vão desde a proposta 403 a 417, somando 15 propostas. A proposta 403 defende a extinção de “toda e qualquer forma de internação de cidadãos com sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos e em quaisquer outros estabelecimentos de regime fechado, bem como a prática de eletroconvulsoterapia no Brasil” (IDEM, 2010, p.75). As propostas indicam preocupações e estratégias muito semelhantes, repetindo algumas exigências, inclusive já expressas nos princípios e diretrizes gerais. O CAPS III é várias vezes mencionado como instrumento que deve ser priorizado na substituição dos serviços hospitalocêntricos, ressaltando-se a importância de sua vinculação com outros dispositivos da rede. Além do CAPS III, as propostas apontam para ampliação dos serviços 24 horas em saúde mental, tais como serviços de urgência e emergência em hospitais gerais ou unidades que funcionem 24 horas. A proposta 408 demanda:

[...] garantir leitos de retaguarda noturna, finais de semana e feriados, em hospitais gerais, inclusive em municípios de pequeno porte, para cidadãos com sofrimento psíquico, assim como leitos para síndrome de abstinência e desintoxicação para adultos, crianças e adolescentes, com equipe capacitada possibilitando tratamento humanizado. (BRASIL, 2010a, p.75).

A solicitação de revisão normativa relacionada com a atenção à crise refere-se à necessidade de ampliação das equipes mínimas de

CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i, de modo que a proposta 418 indica ampliação do número preconizado na portaria 336/2002, enfatizando as particularidades dos usuários e especificidades do tipo de clínica demandada.

As propostas 419 a 421 tratam da questão da educação permanente para a atenção à crise, que deve ocorrer através de parcerias intersetoriais de diferentes segmentos, investindo no processo de educação permanente para o manejo e atenção à crise voltada para os diferentes atores envolvidos:

CAPS, atenção primária a saúde, estratégia de saúde da família, unidades básicas de saúde, serviços residenciais terapêuticos, primeira infância melhor, SAMU 192, Unidade de pronto atendimento, hospital geral, segurança pública, conselho tutelar, bombeiros, brigada militar, guarda municipal, educação, defesa civil, familiares/cuidadores de pessoas com transtorno mental ou decorrentes de uso abusivo de álcool e outras drogas -, promovendo ações que possibilitem atenção humanizada e construção de redes intersetoriais. (BRASIL, 2010a, p.77).

O tema do financiamento é abordado nas propostas 422, 423 e 424, através da solicitação de mais investimentos para os aparelhos CAPS em todas as modalidades e recomenda que a instalação deles esteja de acordo com os indicadores demográficos e epidemiológicos dos municípios. A proposta 423 aponta a necessidade de:

[...] garantir, mediante monitoramento e avaliação, nas três esferas de governo, o financiamento e fortalecimento da política de saúde mental, álcool e outras drogas”, e proposta 424 requisita “orçamento dos Ministérios – Educação, Desenvolvimento Social, Saúde, Esportes, Segurança e Cultura-, através de projetos de lei, ações para prevenção em saúde mental, álcool e outras drogas, de acordo com as populações locais. (BRASIL, 2010a, p.77).

O subitem 2.5- “Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residências terapêuticas, Programa ‘De volta para casa’ e articulação intersetorial no território” apresenta 7 itens como princípios e diretrizes gerais. Além destes, este subitem possui as seguintes propostas com caráter mais operativos: 6 propostas referentes à desinstitucionalização e

intersetorialidade; 3 propostas sobre a acessibilidade; 8 itens que tratam de revisão de normativas e legislação; 2 propostas sobre gestão e avaliação de serviços/programas; e 5 itens sobre financiamento.

O subeixo 2.6- “Saúde mental, atenção primária e promoção da saúde” possui 5 itens classificados como princípios e diretrizes gerais. As propostas com caráter operativo sobre este subeixo são: 10 referentes à efetivação da saúde mental na atenção básica; 2 sobre intersectorialidade; 3 revisão de normativas; 6 propostas referentes à educação permanente; e 3 sobre financiamento.

Os princípios da reforma psiquiátrica são reforçados e defendidos em consonância com a política de redução de danos no subeixo 2.7- “Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersectoriais”, que apresenta 8 itens do relatório como princípios e diretrizes gerais. Além destes, foram deliberadas também propostas com enfoque específico da rede de atenção e estratégias de redução de danos, referentes à ampliação da rede e dos CAPS, consolidação da estratégia de redução de danos, leitos em hospitais gerais e ações de promoção e prevenção. Este subeixo apresenta ainda 5 propostas destinadas à revisão de normativas, 8 sobre intersectorialidade, 2 direcionadas a intersectorialidade, 1 sobre pesquisa e extensão de serviços à comunidade, 3 enfocadas na relação com a mídia e comunicação com a sociedade, 1 proposta com o título de projetos de cooperação e 3 itens referentes a financiamento e criação de tributos.

O subeixo 2.8- “Saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersectorialidade” possui 7 princípios e diretrizes gerais. As propostas de caráter operativo são apresentadas da seguinte maneira: 6 sobre ampliação do acesso a rede; 4 referentes a consolidação dos CAPSi; 5 destinadas à atenção aos usuários de álcool e outras drogas; 2 propostas que tratam das ações de desinstitucionalização; 3 itens sob o tema de ações de promoção, proteção e prevenção; 2 propostas sobre suportes específicos às ações de cuidado; e 3 propostas referentes a efetivação de estratégias colegiadas. Este subeixo organiza ainda propostas para o incremento de ações intra e intersectoriais específicas para o tema da infância e adolescência, relacionadas com: atenção básica (4 propostas); os hospitais gerais e materno-infantis (4 propostas); educação (5 propostas); assistência social (3); sistema de cumprimento de medida socioeducativa (1); direitos humanos (1); conselhos tutelares (1).

O subeixo 2.9- Garantia do acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidade em relação à raça/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais,

população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental, apresenta 8 itens como princípios e diretrizes gerais. Além destes, foram deliberados propostas de cunho mais operativo referentes a: ações intra e intersetoriais com 7 propostas e outras 7 sobre educação permanente, sistemas de informação e fomento à pesquisa.

O eixo III- “Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial” possui 414 propostas, organizadas em 9 subeixos, que são: 3.1- Direitos humanos e cidadania; 3.2- Trabalho e geração de renda; 3.3- Cultura e diversidade cultural; 3.4- Justiça e sistema garantia; 3.5- Educação, inclusão e cidadania; 3.6- Seguridade social: previdência, assistência social e saúde; 3.7- Organização e mobilização de usuários e familiares em saúde mental; 3.8- Comunicação, informação e relação com a mídia; 3.9- Violência e saúde mental.

Após a apresentação das 1.021 propostas aprovadas em plenária e organizadas pela relatoria da IV CNSM-I, o relatório final desta etapa disponibiliza as moções de apoio e repúdio aprovadas pela plenária final. Foram elas: 1- Moção de apoio ao SUS e às políticas de saúde mental; 2- Moção pela revogação da lei n. 9.634/98, que institui as Organizações Sociais (OS); 3- Moção pelo cumprimento da decisão judicial contra a terceirização da saúde pública; 4- Moção de repúdio ao senado federal e câmara dos deputados pela tramitação do projeto de lei do ato médico; 5- Moção de repúdio ao projeto de lei do ato médico; 6- Moção de repúdio à decisão do STF de permitir cobrança financeira e pagamento de médicos e hospitais no SUS; 7- Moção de apoio e reconhecimento pela realização da IV Conferência e expectativa de efetivação da V Conferência; 8- Moção de apoio ao Ministério da Justiça pela destinação de recursos do Programa Nacional de Segurança com Cidadania ao campo da saúde mental; 9- Moção de apoio ao Ministério Público Federal pelas ações de inclusão de minorias; 10- Moção de apoio ao fomento de residências multiprofissionais em saúde e à participação de movimentos sociais em sua comissão nacional; 11- Moção pela intersectorialidade em saúde mental; 12- Moção pela formulação de ações em saúde mental em colônias de hanseníase; 13- Moção pela construção de estratégias para o fim dos manicômios judiciários no país; 14- Moção pela inclusão de agentes comunitários em plano de cargos e salários; 15- Moção pelo direito ao trabalho associado e a uma economia solidária; 16- Moção pela desburocratização do processo de regularização das associações de usuários e familiares em saúde mental; 17- Moção de reivindicação de inclusão da atenção à saúde mental da pessoa idosa na política nacional de saúde mental; 18-

Moção de reivindicação de que recursos oriundos de fechamento de leitos hospitalares sejam destinados a residências terapêuticas; 19- Moção de reivindicação ao Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde de ampliação do acesso a meios contraceptivos; 20- Moção de reivindicação pela descentralização de medicamentos de alto custo; 21- Moção de recomendação ao Ministério da Saúde e gestões estaduais pela ampliação do limite de gastos com recursos humanos em saúde; 22- Moção de repúdio ao descumprimento do estatuto e do adolescente; 23- Moção de repúdio à manutenção da prática de internações hospitalares de longa permanência; 24- Moção de repúdio à rede Globo pelo incitamento ao preconceito em relação às pessoas com transtorno mental; 25- Moção de repúdio a empresas e entidades pelos descaso em relação à saúde mental; 26- Moção de repúdio à atual campanha de combate às drogas do ministério da saúde e do governo do estado do Rio Grande do Sul; 27- Moção de repúdio ao Governo de São Paulo, Secretaria Estadual de Justiça e Cidadania e Fundação Casa/SP; 28- Moção de repúdio ao Governo do Estado do Espírito Santo e a seu Conselho Estadual de Saúde por não custearem participação de delegados na IV Conferência; 29- Moção de repúdio à política estadual de álcool e outras drogas do Governo do Estado de Alagoas; 30- Moção de repúdio ao Governo do Estado do Ceará pela não financiamento da hospedagem aos delegados estaduais na IV Conferência; 31- Moção de repúdio ao Governo do Estado de São Paulo pela não realização da etapa estadual da IV Conferência; 32- Moção de repúdio ao Governo do Distrito Federal pela não implantação da política nacional de saúde mental; 33- Moção de repúdio às secretarias estaduais que não garantiram hospedagem a seus delegados; 34- Moção de apoio à prefeitura de São Bernardo do Campo e demais entidades pela realização da plenária estadual de saúde mental-intersectorial de São Paulo; 35- Moção em defesa da redução progressiva do número de pacientes e moradores dos hospitais psiquiátricos e da construção de um modelo democrático de saúde mental em Sorocaba-SP; 36- Moção de repúdio à Secretaria Municipal de Serra/ES pela exoneração sumária da coordenadora de saúde mental do município; 37- Moção de repúdio ao descompromisso dos gestores municipais de saúde de Dourados com os serviços de saúde mental; 38- Moção de repúdio à atual política de precarização e privatização dos serviços de saúde mental em Natal/RN.

O anexo I do relatório final refere-se aos conjuntos de propostas não avaliadas pela plenária final, mas que a relatoria acatou por indicação da plenária de incluir como anexo. Há ainda um anexo com três observações encaminhadas por escrito à mesa da plenária final, que

foram analisadas como pertinentes e por isto divulgadas no relatório final. Outro anexo com as fontes documentais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, o regulamento da etapa nacional, lista de participantes da “Mostra solidária”, com 22 participantes que expuseram diversos produtos oriundos dos empreendimentos solidários de geração de renda, a programação dos cinco dias do evento nacional e o calendário das etapas estaduais que precederam a etapa nacional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo problematizou os discursos e práticas contemporâneas no campo da saúde mental e os caminhos, ou descaminhos, da Reforma Psiquiátrica brasileira na primeira década do século XXI, utilizando para isso os documentos e experiências de campo nas três etapas da IV Conferência de Saúde Mental. Considerando que a referência teórica que delineou as estratégias aqui adotadas e percorridas remete as contribuições de Michel Foucault, foram priorizadas análises históricas enfocando as descontinuidades, rupturas, embates e conflitos que se apresentaram no processo de realização das conferências de saúde mental realizadas em 2010. No exercício de utilizar a história como método de problematização da Reforma Psiquiátrica brasileira, esta pesquisa se apoiou em documentos de diferentes ordens relacionados ao tema, além dos relatórios e demais materialidades das três etapas da IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial, valendo-se das leituras para refletir sobre a inserção política no campo e a participação do pesquisador nas três etapas do evento como representante do segmento intersetorial.

A partir dos documentos estudados e dos processos observados, reafirmamos a complexidade do campo da saúde mental, haja vista seus múltiplos atravessamentos e diversos atores e segmentos que compõem esta “subárea” da saúde. Isto porque a concepção ampliada de saúde instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS) inclui os fatores sociais, materiais e culturais, e por isto não cabe restringir as discussões sobre este campo apenas aos profissionais da área da saúde ou saúde mental. Evidenciamos isto no próprio título da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que tem no seu temário oficial a Intersetorialidade, de maneira que a Comissão Organizadora do evento convocou diversos setores da sociedade para discutir e construir propostas que respondam às demandas atuais do processo da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial em andamento no país.

Compreendemos que a Lei Paulo Delgado (10.216/2001) representa um importante marco institucional das lutas pelo fim dos manicômios e suas práticas características, porém sua aprovação a nível legislativo é insuficiente diante das adversidades deste campo, bem como dos vícios culturais e institucionais que envolvem o tema da loucura em nossa sociedade contemporânea. Desta maneira, as diretrizes e princípios propostos pelas políticas da Reforma Psiquiátrica encontram amplas barreiras e resistências na sociedade, que representam interesses e posicionamentos institucionais historicamente constituídos.

A definição da conferência como “objeto” de análise possibilitou identificar conflitos e tensões que ocorreram antes mesmo da realização dos eventos, e que indicam divergência de posicionamentos e de verdades. O estudo das conferências de saúde mental realizadas anteriormente à IV CNSM-I demonstra que estes embates são característicos de eventos desta natureza, pois a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1987, também foi marcada por conflitos desde o seu processo de abertura. Neste contexto histórico a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) aliada à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) tentaram dar um caráter congressual à I Conferência Nacional de Saúde Mental e encontraram ampla resistência e manifestação contrária por parte do então Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que conseguiu sobrepor-se aos interesses corporativos da ABP e da DINSAM, determinando uma conferência com caráter democrático e participativo. Desde então, as posteriores conferências de saúde mental ampliaram seu caráter participativo e democrático acompanhando a tendência do próprio processo político do país.

A IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial aconteceu numa proposta de ampla participação democrática e social, buscando integrar novos parceiros e atores no campo da saúde mental na consolidação dos “avanços” da reforma psiquiátrica antimanicomial proposta pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, reconhecemos a importância da “Marcha dos usuários” realizada em 2009 em Brasília, que teve por objetivo reivindicar realização da IV CNSM e que esta tivesse um caráter intersetorial, com ampla participação social. Apesar do contexto político bastante diferente daquele em que foi realizada a I CNSM, em 1987, consideramos que a mobilização e articulação dos movimentos sociais e demais envolvidos na Saúde Mental são fundamentais para que eventos deste porte aconteçam e tenham legitimidade no processo de construção de políticas públicas, a partir dos embates e conflitos que reflitam a própria realidade do campo, ainda que exista um longo caminho para que as políticas e diretrizes construídas nas conferências sejam efetivamente colocadas em prática no cotidiano dos serviços.

No caso do município de Florianópolis, constatamos que as tensões afloraram antes da realização do evento da IV Conferência de Saúde Mental, e a inserção do pesquisador no campo possibilitou acompanhar embates que ocorreram a partir da decisão da gestão municipal de saúde de convocar uma conferência a nível regional, ao invés de uma conferência estritamente municipal. Isto porque uma etapa

regional envolveria outros municípios da região, apesar de Florianópolis ter uma população mais do que suficiente para encaminhamento de uma conferência estritamente municipal, de acordo com as recomendações da Comissão Organizadora do evento nacional. Este impasse gerou mobilização de usuários, técnicos e profissionais ligados ao Movimento da Luta Antimanicomial, que passaram a encarar esta manobra da gestão como uma estratégia de desviar a discussão das questões específicas do município, que vinham gerando insatisfação em relação aos serviços substitutivos do município, como por exemplo, a ausência de serviço substitutivo capacitado para atendimento de emergência em Saúde Mental (CAPS III), que faz com que os encaminhamentos de “crise” continuem sendo feito para o Hospital Psiquiátrico do município vizinho (São José).

A insatisfação com a falta de serviço substitutivo para atendimento às crises no município de Florianópolis pode ser confirmada através da primeira proposta do relatório da etapa municipal, que reivindica a criação de um CAPS III para o município, assim como a criação de emergências e leitos em saúde mental em hospital geral, residências terapêuticas e estruturação da rede respeitando a lógica da reforma psiquiátrica. A solicitação para a implementação de CAPS III aparece ainda em outra proposta do eixo II do relatório final da etapa municipal da IV Conferência de Saúde Mental. Concluímos, desta maneira, que a falta de aparelhos capacitados para atendimento às crises em Saúde Mental, indica um “furo” grave na proposta de funcionamento em rede dos serviços substitutivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no município em questão, uma vez que os serviços asilares continuam sendo requisitados nos “velhos hospitais” psiquiátricos da região como único recurso para lidar com as situações de “crise” que chegam aos serviços de saúde do município.

O levantamento de dados acerca do contexto das conferências realizadas anteriormente possibilitou ampliar o panorama sobre os conflitos e as decorrentes configurações que foram sendo delineadas no campo. A estrutura manicomial passou por um período de falência, mas o poder psiquiátrico, sustentado por ampla estrutura corporativista da classe médica, tem demonstrado grande capacidade de adaptação e sobreposição perante as propostas dos serviços substitutivos, podendo operar nos novos contextos a partir da “velha” lógica exclusivamente organicista e classificatória, sustentada pelo discurso cientificista tão enaltecido na modernidade. Diante deste cenário, explicitamos o embate entre a Associação Brasileira de Psiquiatria em relação às propostas e princípios da reforma psiquiátrica que vem sendo defendida pelo

Ministério da Saúde em detrimento das estruturas asilares. Estes embates implicam divergência de interesses, de visão de homem e de mundo.

Entendemos que a definição do tema, dos eixos e subeixos por parte da Comissão Organizadora da IV CNSM-I a nível nacional, que guiou as demais etapas (municipais/regionais e estaduais), representa uma tendência política marcada no sentido de dar seguimento às diretrizes e propostas da reforma psiquiátrica antimanicomial discutidas e encaminhadas desde a III CNSM (2001). Assim, reconhecemos e confirmamos, nas diversas propostas aprovadas pela plenária final da IV CNSM-I, o caráter antimanicomial designado pelas políticas públicas para Saúde Mental, as quais devem respeitar e se guiar pelos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica em curso no país. Dentre estes, destacamos a já citada concepção ampliada de saúde, que prevê uma rede articulada de serviços substitutivos e pautada nos princípios do SUS (territorialidade, universalidade, controle social etc.), atendimento por equipes multiprofissionais que atuem de maneira interdisciplinar, respeitando os direitos de cidadania do usuário e construção de plano terapêutico individual junto ao usuário de maneira horizontal.

Diante deste contexto, o presidente da ABP, eleito em 2011, afirmou que as políticas do Ministério da Saúde são contrárias aos médicos psiquiatras. Reconhecemos que este impasse institucional se reflete nos serviços prestados, no desafio da interação entre diferentes saberes e formas de perceber o sujeito desviante das normas da razão e também nos encaminhamentos dos indivíduos que, na visão medicalizante, são enquadrados em uma classificação psicopatológica. Na proposta de funcionamento interdisciplinar da equipe multiprofissional o médico psiquiatra também tem sua importância e papel, mas vê posta em prova a sua hegemonia no campo em que foi educado como um “soberano”, já que a formação universitária continua sendo baseada em pressupostos conservadores, que consideram a loucura como uma doença mental. Um exemplo desta cultura médico-centrada na atualidade é o projeto de lei do ato médico, que propõe que só o médico pode diagnosticar doenças e encaminhar tratamentos, ou seja, centraliza no médico o poder exclusivo de definir a “verdade” sobre o “paciente”.

O discurso cientificista do projeto de lei do ato médico é claramente contrário à proposta de atenção integral em saúde do SUS e da reforma psiquiátrica antimanicomial, pois coloca em xeque os demais saberes dos profissionais da equipe multiprofissional, contrariando os princípios e diretrizes da reforma antimanicomial. A hierarquização dos

saberes e a submissão dos demais profissionais da área da saúde à decisão centralizada no médico inviabilizam a atuação sob uma perspectiva interdisciplinar, o que reduziria a intervenção em saúde à lógica organicista da medicina tradicional. Diante deste cenário, constatamos ampla mobilização de diferentes segmentos e classes de profissionais da área da saúde, no sentido de denunciar o “abuso” que o projeto de lei do ato médico representa. Esta mobilização pode ser evidenciada inclusive pela moção de repúdio desse projeto, aprovada pela plenária final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

Através deste estudo verificamos ainda que o segmento Arte e Cultura tem participado do processo de transformação social que o país vem atravessando ao longo dos últimos anos, operando num cenário em que novos segmentos têm emergido na construção de políticas públicas. Neste sentido, constatamos diferentes editais e iniciativas que propõem estimular e desenvolver projetos na área da saúde mental em interface com setores da cultura e da arte, que possibilitem reinventar e ampliar as possibilidades do “louco” para além do estigma de “doente mental”, considerando e valorizando aspectos saudáveis do sujeito em questão enquanto cidadão de direito e com capacidade criativa e de produção artística. Além das propostas que constam no relatório final da IV CNSM-I, defendendo e estimulando esta interface, constatamos a valorização da arte e cultura como meio de expressão e desenvolvimento dos usuários de saúde mental através da ampla programação da tenda “Austregésilo Carrano”, que teve diversas atividades durante todo evento da IV CNSM-I, bem como através das exposições de artigos e produtos oriundos de projetos de geração de renda e economia solidária expostos e à venda na feira denominada “Mostra Solidária”.

Esta pesquisa possibilita concluir que a reforma psiquiátrica expõe disputas de territórios e de verdades que se escancaram no dia a dia dos serviços. As diferentes visões de homem e de mundo se chocam e podem impedir o diálogo entre os diferentes saberes e referências de cada área do saber. Utilizando os relatórios finais das conferências de saúde mental como instrumento metodológico para problematizar os discursos que foram visibilizados pelos documentos e produzidos por segmentos de diferentes esferas do governo, movimentos sociais e profissionais da área da saúde, constatamos que os conflitos e embates extrapolam os eventos e documentos estudados. Isto porque os enunciados médicos e psiquiátricos operam na sociedade de maneira naturalizada e em conformidade com a lógica de mercado e do capital, que categoriza para melhor controlar, definindo e utilizando a segregação como um “velho” mecanismo de correção e normatização

dos desvios das normas e padrões sociais, com intuito de manutenção de uma suposta “ordem social”.

O levantamento das leis, portarias e normativas referentes ao campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica antimanicomial, em andamento no país até o ano de 2011, nos permitiu também identificar os percursos históricos recentes e o contexto em que os embates e disputas têm acontecido neste complexo campo, em especial nos momentos de realização das conferências de saúde mental. Neste sentido, este estudo contribui para a construção de novas estratégias e propostas de ações que se proponham a orientar-se pelas diretrizes e princípios que dão condições de existência para os serviços substitutivos ao manicômio, bem como a enfrentar o desafio de operacionalizar estes serviços sob uma concepção de rede integrada, que envolva diferentes setores da sociedade, superando os estigmas e preconceitos historicamente construídos sobre a loucura e os sujeitos desviantes das normas da razão.

A atual conjuntura do campo da saúde mental apresenta-se como um amplo universo social, com suas contradições e embates de verdades e tendências, no qual têm emergido diferentes atores e segmentos, em especial aqueles que passaram muito tempo trancafiados e amordaçados, seja pelas camisas de força concretas, pelos muros manicomiais, ou pelas amarras simbólicas da exclusão e negação de direitos básicos. Neste sentido os instrumentos e recursos legais representam avanços, mas não garantem os direitos conquistados, já que para tal, são necessárias também mudanças culturais que demandam tempo e investimento a longo prazo, no sentido de criar condições reais para convivência com a diversidade humana, assim como disponibilização de meios e recursos para a manutenção e a sustentabilidade da própria vida dos usuários diante do contexto atual de extrema competitividade e individualismo característico de nossa sociedade contemporânea.

REFERÊNCIAS

TEXTOS

ALENCAR-SILVA, R. C. **De pacientes a usuários: direitos e conquistas na Luta Antimanicomial**. 2004. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

ALMEIDA, M.C.P. et al. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p.5-11, maio/ago. 2001.

ANDRADE, A.; MORATO, H.T.P. Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. **Estudos de Psicologia**. Natal/RN, v. 9, n. 2, p. 345-353, 2004.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.

AMARANTE, P.; LIMA, P. (Org.). **Relatório final da oficina loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura**. Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para pessoas em sofrimento mental e em situações de risco social. Rio de Janeiro, 2008.

AMORIM, A.K.M.A. **Participação social, formulação de políticas e controle social: construindo estratégias de empoderamento no campo da saúde mental**. Natal: Departamento Psicologia/UFRN, 2010.

ANGELI, D. **Uma análise arqueológica dos discursos do movimento de luta antimanicomial no Brasil**. 2006. 266 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ A. C.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n.1, mar. 2008

CASTRO, C. **Pesquisando em arquivos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1989 [1967].

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASSUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Michel Foucault entrevistado por Hubert Dreyfus e Paul Rabinow. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTE, M. T (org.). **A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização**. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental. Dezembro, 2001.

FIGUEIREDO, A.C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

FONSECA, M.A. Cura ou castigo? Uma aproximação do tema da normalização da saúde mental em Michel Foucault. **Extensão da UFMG**, Belo Horizonte, v. 11, n. 35-36, p. 84-99, ago./dez. 2001.

FRANÇA, A.C.S.L.G. A saúde mental e a subjetividade-cidadã. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 129-134, jan./jun. 2008.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1962.

_____. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972 [1961].

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Ordem do discurso**. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.

_____. **O poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973/74). São Paulo, 2006.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1990 [1974].

GOULART, M. S. B. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo; Conselho Federal de Psicologia, 2007. v. 1.

HERZBERG, V. **Relatório de supervisão clínica institucional do CAPS Ponta do Coral**. Florianópolis/SC, 2009/2010.

LEMONS, F.C.S. et al. A análise documental como instrumento estratégico para Michel Foucault. In: PIMENTEL, A. et al. (Org.). **Itinerários de pesquisa em psicologia**. Belém: Amazônia, 2010. cap. IV, p.95 -118.

LIMA, M.E.R. A ética e a caixa de ferramentas. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 25, p. 152-161, abr. 1999.

LUCHMANN, L.H.H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

MOFFAT, A. **Psicoterapia do oprimido**: ideologia e técnica da psiquiatria popular São Paulo: Cortez, 1980.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro, Editora 34, 1994.

PIMENTEL, A. O método da Análise Documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p.179-195, nov. 2001.

PRADO, K. **Michel Foucault, uma história política da verdade**. Rio de Janeiro: Insular, 2006.

PRADO, K. A subjetividade como objeto da(s) Psicologia(s). **Psicologia Social**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, set./dez. 2007.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia e Te Corá Editora, 2001.

SCALVAZARA, F. **A operacionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira**: um estudo sobre a percepção dos profissionais do CAPS II Ponta do Coral de Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, V.L. A doença mental e a psicologia em Foucault e Freud. **CientiFico**, Salvador, Ano II, v.1, ago./dez. 2002.

SOUZA. M. Do terapêutico e da cidadania: leituras sobre discursos e práticas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 437-448, set. 2008.

SZASZ, T. O mito da doença mental. In: SZASZ, T.S. **Ideology and Insanity: essays on the psychiatric dehumanization of man**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. p.19-30.

VASCONCELOS, E.M. (Org.). **Desafios políticos da Reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, E. et al. (Org.). **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro; São Paulo: EncantArte-Hucitec, 2005.

YASSUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

YASSUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Caderno brasileiro Saúde Mental**, v.1, n. 1, jan./abr. 2009.

ZANELLA, A.V. et al. Diversidade e diálogo: reflexões sobre alguns métodos de pesquisa em psicologia. **Interações**, v.XII, n. 22, p. 11-38, jul./dez. 2006.

DOCUMENTOS

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Organizadora da VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**, 1986.

_____. **Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde do Brasil, 1987.

_____. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde do Brasil, 1994.

_____. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)**. Brasília – DF. 27 de Fevereiro de 2002.

_____. **Cartilha para gestores em Saúde Mental**, 2005.

_____. Comissão Organizadora. **Caderno Informativo para IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial**, Brasília/DF, 2010b.

_____. Comissão Organizadora. **Caderno Informativo para III Conferência Nacional de Saúde Mental - Cuidar, sim, Excluir, não**. Brasília/DF, 2001.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**, 86 p. Brasília/DF, 2004.

_____. **Saúde Mental em Dados** – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010c, em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. acesso em 19/07/2011.

_____. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Da III à IV Conferência Nacional de Saúde Mental: um balanço da gestão federal da política**, 2010d.

_____. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **II Chamada para seleção de projetos de arte, cultura e renda na rede de Saúde Mental e Economia Solidária**, 2010e.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Saúde Mental e Direitos Humanos - Contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial**, Brasília/DF, 2010f.

CARACAS. **Declaração de Caracas**, dia 14 de novembro de 1990, aprovada por aclamação pela conferência, em sua última sessão de trabalho.

CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. Produzida pelos participantes do III Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, Santos/SP, Dezembro/1993.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; INSTITUTO EUVALDO LODI. **Como anda a reforma psiquiátrica brasileira? Avaliação, Perspectiva e Prioridades.** Brasília/DF, 2000.

CFP e RENILA. **Relatório da marcha em defesa da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial. Por uma IV Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuários.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança.** Relatório sobre a saúde no mundo, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidar sim, excluir não.** Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação, 2005.

SANTA CATARINA. Conselho Estadual de Saúde-SC/Secretaria. **Relatório final IV Conferência Estadual de Saúde Mental-Intersectorial.** Florianópolis, 20/21 de Maio de 2010a.

SANTA CATARINA. Conselho Municipal de Saúde /Secretaria Municipal de Saúde. **Condensamento das Propostas Aprovadas na Plenária final da IV Conferência Municipal de Saúde Mental - Intersectorial de Florianópolis,** realizada em 17/04/2010b.

LEIS E PORTARIAS

BRASIL. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

_____. Lei Federal nº 10.708 de 31 de julho de 2003.

_____. Portaria nº 336/GM em 19 de fevereiro de 2002.

_____. Portaria nº 2077/GM em 31 de outubro de 2003.

_____. Portaria nº 106/GM em 11 de fevereiro de 2000.

_____. Portaria nº 52 de 20 de janeiro de 2004.

_____. Portaria nº 1169/GM/2005.

_____. Portaria nº 1.820, 14 de agosto de 2009.

_____. Portaria nº 3.796, de 8 de dezembro de 2010.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

_____. Decreto Presidencial 29 de abril de 2010

SITES E E-MAILS

ABP, 2011. <<http://abp.org.br/2011/medicos/>> Acessado em 22/01/2012.

AINHOREN, D.M. **A clínica da loucura e a produção da *doença***. Disponível em:
<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/DANIELAMACHADOAINHORE.pdf>.
Acessado em 28/20/2010.

AMORIM, A. K. M. A. **Participação social, formulação de políticas e controle social: construindo estratégias de empoderamento no campo da saúde mental**. Departamento de Psicologia/UFRN. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/participacaosocialanakarena.pdf>. Acessado 20/10/2011 .

AUSTREGÉSILO CARRANO BUENO, 2011. Disponível em:
<http://www.vidauniversitaria.com.br/blog/?p=11513>. Acessado em 17/08/2010.

CARTA DE CAMPINAS, 2008. Disponível em:
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/CartadeCampinas,de18dejunhode2008.pdf. Acessado em 21/08/2011.

CFP ENTREGA À ONU DOCUMENTO COM DENÚNCIAS DE VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS EM LOCAIS DE INTERNAÇÃO. Disponível em:
http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia_110922_004.html.
Acessado em 26/09/2011.

DA III À IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: UM BALANÇO DA GESTÃO FEDERAL DA POLÍTICA. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atsmad.pdf>. Acessado em 25/01/2011

FÓRUM MINEIRO (forummineirodesaudemental@yahoo.com.br).
Carta da associação Metamorfose Ambulante ao presidente da

Associação Brasileira de Psiquiatria. Para: conferenciasaudemental@googlegroups.com em 02/12/2010.

macanzu@gmail.com. Portaria rede de atenção psicossocial. Para: comissaosm@googlegroups.com em 28-12-2011.

MANUAL_CAPS, acessado 20/06/2010, em:

www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf – 20/06/2010

“PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA”. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20500.

Acessado em 29/07/2011.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925, acessado em 15/06/2011.

PSICOFARMACOLOGIA. Disponível em:

<http://psicmed.com.br/page_28.html> . Acessado em 18/12/2011

“POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL SÃO CONTRÁRIAS AOS MÉDICOS”, DIZ ESPECIALISTA. Disponível em:

<http://vozesefatores.blogspot.com/2010/11/politicas-publicas-de-saude-mental-sao.html>. Acessado em 20/12/2010.

RENILA, 2011. Disponível em: em: <http://blogdarenila.blogspot.com/>.

Acessado em 20/07/2010.

VOZESEATORES, 2011. Disponível em:

<<http://vozesefatores.blogspot.com/2010/11/politicas-publicas-de-saude-mental-sao.html>> acessado em: 05/01/2011.